

Formelle og uformelle føringer på sykehus

En undersøkelse av 9 overlegers forhold til fag og organisasjon

Sverre Vigeland Lerum



Masteroppgave i Sosiologi
Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi
Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

16. November 2009

Forord

Jeg vil takke mine informanter, for at de delte av sitt engasjement, sin kunnskap og sin tid, i en hektisk og nokså presset arbeidshverdag.

En stor takk til min veileder professor Lise Kjølørød, ved Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi, uten henne hadde det vanskelig blitt en ferdig oppgave. Hun har ballansert mellom å komme med konstruktive innspill og vink, og samtidig latt meg eie prosjektet på den måten gode veiledere gjør. Tusen takk.

I arbeidsprosessen har jeg vært i den heldige situasjon å ha mange rundt meg. Hjertelig takk til Kirsti Vigeland og Arve Lerum for trygge rammer og god ballast. Tøri og Hans Vigeland Lerum for friskt mot og heiarop. Einar Vigeland fortjener en spesiell takk for å spille en avgjørende rolle i idefasen. Lisbeth Thoresen for gode innspill og innsiktsfull lesning. Ellers har samkvem med Mika Blusztajn Ore, Eirin Pedersen og Rolf Tore Thomassen bidratt til å løfte min sosiologiske forståelse over lengre tid. Sine Bjordal har bidratt med utfordrende og inspirerende sosiologiske diskusjoner. Birger trådte til i en avgjørende fase og hjalp til med å feste blikket på horisonten. Jørn Sibeko, Lars Reitan, Marius Lohne Kristensen og Andreas Sveen Bjørnstad har holdt ut i en tidvis distré bokollektivtilværelse, mens Det Norske Studentersamfund og SiO Studentliv skal ha takk for inspirerende miljøer og som lekegrinder for organisatorisk innsikt.

Til sist vil jeg takke Anne Raaum Christensen for støtte, tiltro, diskusjoner og omfattende korrekturlesning, i arbeidet med et prosjekt som tidvis har hatt en ganske mystisk ontologisk status.

Sammendrag

Oppgaven undersøker forholdet mellom fag og organisasjon til 9 overleger i lederstillinger på et større offentlig sykehus i Norge. Informantene har nøkkelposisjoner i sykehusorganisasjonen. Disse overlegene må på den ene siden håndtere at den medisinske kunnskapen stadig vokser og endrer seg, og på den andre siden at organisasjonene de er en del av har vært gjenstand for hyppige reformer og omstruktureringer siden krigen. De må forholde seg til både den direkte pasientbehandlingen og til organisatoriske pålegg. Føringer fra fag og organisasjon setter medisinerne i mellomlederposisjoner i spenninger som tidvis er uforenelige.

I oppgaven grupperes overlegenes arbeid i tre grove kategorier; lege-, kunnskaps- og ledelsesoppgaver. Legeoppgavene er de "klassiske" oppgavene, slik som diagnostisering og behandling av sykdom. Møtet mellom lege og pasient ansikt til ansikt er sentralt her. Eksempler på kunnskapsoppgaver er forsknings, studier og undervisningsaktivitet. Med ledelsesoppgaver mener jeg slik som beslutningstaking eller utarbeiding av strategier, foruten representasjon på egen avdeling, internt og utenfor sykehuset. Administrative plikter er gjerne tett sammenbundet med slike oppgaver. Informantene er særlig opptatt av lege- og kunnskapsoppgavene, og disse refereres til som "kjerneoppgaver".

For å navigere i dette landskapet har informantene tre typer strategier. 1) *Den kategoriske strategien* tillater ikke kompromisser på kjerneoppgavene. De verner om dem, og bruker sin faglige autoritet til å lukke ute så mye organisatorisk støy som mulig. 2) *Den midlertidige strategien* opplever det som en faglig forpliktelse å forankre organisasjonen i faget. Dette betyr at man for en tid må gjøre kompromisser på kjerneoppgavene og tar på seg ledelsesansvar. Tanken er hele tiden å gå tilbake til kjerneoppgavene etter en viss tid, ikke en karriere i det formelle organisatoriske hierarkiet. 3) *Den tilretteleggende strategien* tilskriver en faglig egenverdi i å være premissleverandør for andre fagpersoner. Kjerneoppgavene framstår ikke som like sentrale i denne strategien som i de to foregående. Poenget er å lede andre best mulig.

For sykehuset som organisasjon i stort, kan små kursendringer i driften bli vanskeligere å gjennomføre hvis mange av aktørene forfølger en kategorisk strategi. Pålegg kan rett og slett ende opp med å bli ignorert. Det er ofte kun de store og omveltende tiltakene som når inn i

den kategoriske sfære, siden disse er så gjennomgripende at de ikke lar seg ignorere. Strategien vanskeliggjør gradvise kursendringer, noe som kan føre til at problematiske situasjoner for organisasjonen eskalerer, og man tvinges til mer radikale tiltak.

Ikke-ignorerbare endringer er en av grunnene til at enkelte av informantene velger å ta i bruk en midlertidighetsstrategi. Disse har allerede høy faglig prestisje, og ved å stige i det organisatoriske hierarkiet oppnår de en ”dobbel autoritet” – i kraft av både fag og posisjon. Tilretteleggingsstrategene som presenteres i oppgaven har høy organisatorisk kompetanse, og framstår som kyndige og tilpasset det organisatoriske landskapet. Tilretteleggende strateger som bruker lite tid på kjerneoppgaver kan imidlertid risikere å miste faglig autoritet, og framstå som relativt maktesløse overfor kategoriske og midlertidige strateger i disputer internt på sykehuset, selv om dette ikke var tilfellet i materialet. Teoretisk sett vil i verste fall maktesløse tilretteleggingsstrateger møte kategoriske strateger med skylapper og fokus på egen situasjon, som igjen generer krigerske midlertidighetsstrateger med ufravikelige agendaer. Empirisk sett indikerer materialet at overlegene inngår i et ganske hardt diskusjonsmiljø.

Informantene har reflekterte forståelser av organisasjonen de er en del av. De mest kritiske tilskriver den organisatoriske inngripen de opplever i egen arbeidshverdag til andre yrkesgrupper, slik som økonomer og jurister. Andre ser organisasjonen som ledet av ”byråkrater” eller ”ledelsen”. Organisasjonen tilskrives her en ”ikke-faglig” og til dels invaderende status. På den andre siden er noen av informantene opptatt av hvordan sykehusorganisasjonens maktstrukturer også kan være en kanal for det medisinske faget. Informantene befinner seg mellom slike ytterpunkter. Det ser ut til å være en uavklart disputt blant informantene, og kanskje også i yrkesgruppa, i hvilken grad organisasjonen kan forstås å være medisinskfaglig. En liknende disputt retter seg mot i hvor stor grad man skal tilskrive ledelsesoppgavene medisinskfaglig relevans.

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	5
INNHold	7
1. INNLEDNING	11
1.1 PROBLEMSTILLING	11
1.2 HISTORISK KONTEKST	12
1.3 DAGENS SYKEHUSORGANISASJON	12
1.3.1 Byråkratiet	14
1.3.2 Profesjonsorganisasjoner	15
1.4 DE SUBJEKTIVE ERFARINGENE TIL 9 OVERLEGER	17
1.5 INFORMANTENES OPPGAVEPORTEFØLJE	18
1.5.1 Legeoppgaver.....	19
1.5.2 Kunnskapsoppgaver.....	19
1.5.3 Lederoppgaver.....	19
1.5.4 Kjerneoppgaver.....	20
2. METODISKE BETRAKTNINGER	21
2.1 OM UTVALGET	21
2.2 VALG AV METODE.....	22
2.3 KONTAKT MED FELTEN	22
2.4 OM INTERVJUSITUASJONEN	24
2.4.1 Om intervjuing av eliter	24
2.4.2 Intevjuguiden.....	26

2.4.3	<i>Møtet med informantene</i>	27
2.5	OM ANALYSEPROSESSEN	29
2.6	ETISKE UTFORDRINGER	30
2.6.1	<i>Anonymisering</i>	32
3.	ET FAGSTYRE REISER SEG	33
3.1	ETABLERINGA AV ET OFFENTLIG HELSEVESEN	33
3.1.1	<i>Det tidlige sykehuset</i>	34
3.1.2	<i>Maktforhold</i>	35
3.2	ETTERKRIGSTIDA	37
3.3	ETABLERINGA AV EN FAGORGANISASJON.....	38
3.4	INSPIRASJON FRA ANDRE LAND	39
3.4.1	<i>USA</i>	39
3.4.2	<i>Sverige</i>	40
3.4.3	<i>Storbritannia</i>	40
3.5	NORSK SYKEHUSUTVIKLING.....	41
3.6	DE STORE ENDRINGENE PÅ 1970-TALLET	42
3.6.1	<i>Et nytt sykehus etableres</i>	44
3.7	OPPSUMERING OG DISKUSJON	45
4.	DET NYE SYKEHUSET	49
4.1	1980-TALLET – OPPTAKTEN TIL DET NYE SYKEHUSET.....	50
4.1.1	<i>Helsekøer</i>	50
4.2	1990-TALL OG NEW PUBLIC MANAGEMENT.....	51
4.2.1	<i>Enhetlig ledelse</i>	52
4.2.2	<i>Innsatsstyrt finansiering (ISF)</i>	53

4.2.3	<i>Fritt sykehusvalg</i>	55
4.2.4	<i>Pasientrettigheter</i>	55
4.2.5	<i>Statlig eierskap og institusjonell fristilling</i>	56
4.3	ØKENDE BYRÅKRATISERING	57
4.4	MEDISINSKFAGLIG UTVIKLING.....	59
4.4.1	<i>Evidensbevegelsen</i>	60
4.4.2	<i>Hva er fag?</i>	62
5.	STRATEGIER FOR YRKESUTØVELSE	66
5.1	INFORMANTENES TRE STRATEGIER.....	67
5.1.1	<i>En kategorisk strategi</i>	67
5.1.2	<i>En midlertidig strategi</i>	67
5.1.3	<i>En tilretteleggende strategi</i>	68
5.2	EMPIRISKE GJENNOMGANGER	69
5.2.1	<i>Informantenes kategoriske strategier</i>	69
5.2.2	<i>Informantenes midlertidige strategier</i>	73
5.2.3	<i>Informantenes tilretteleggende strategier</i>	78
5.3	ORGANISATORISKE KONSEKVENSER	84
6.	INFORMANTENES FORHOLD TIL SYKEHUSORGANISASJONEN	88
6.1	FORTELLINGER.....	88
6.2	INFORMANTENES FORTELLING OM GJENSIDIG AVHENGIGHET KOLLEGER IMELLOM	90
6.3	INFORMANTENES FORTELLING OM ADMINISTRASJON	94
6.4	INFORMANTENES FORTELLING OM ORGANISATORISK INNGRIPEN.....	99
6.5	HVA ER INNENFOR OG UTENFOR FORTELLINGENES AVGRENSNINGER?	110
7.	AVSLUTTNING	112
	KILDELISTE	117

8.	VEDLEGG	124
8.1	VEDLEGG 1.....	124
8.2	VEDLEGG 2.....	125
8.3	VEDLEGG 3.....	126

1. Innledning

Denne masteroppgaven handler om formelle og uformelle normer og hierarkier blant overleger på et større sykehus i Norge. Ideen hadde sitt utspring i et tilfeldig møte med en overlege. I samtalen kom det fram at denne overlegen hadde fått tilbud om forfremmelse. Noe som ville bety mer lønn, mer makt og mer prestisje, tenkte jeg. Det viste seg at overlegen slett ikke var interessert i å stige i de formelle organisasjonsgradene. Tvert imot pratet han om hvordan ledelsesansvaret var noe som betydde å gi avkall på mye han opplevde som meningsfylt og viktig i sin legegjerning. Overlegens fortelling snudde mine antakelser på hodet. For ham var det andre hierarkier og føringer som i større grad gjorde seg gjeldende enn de formelle organisatoriske prinsippene. Dette vekket min nysgjerrighet til å undersøke overlegers opplevelse av eget arbeid på sykehus.

1.1 Problemstilling

Det underliggende spørsmålet som har drevet arbeidet med oppgaven framover er ”Hva skjer her?” Jeg har intervjuet 9 personer som alle er overleger i ledende stillinger på enten seksjons- eller avdelingsnivå på et større sykehus. Disse informantene er blant dem som tar de faktiske beslutningene som generer kostnader på offentlige sykehus, en posisjon som tilsier at de blant annet står overfor et betydelig økonomisk, politisk, demokratisk, tidsmessig, personlig, etisk og faglig press. Denne masteroppgaven undersøker hvordan informantene opplever sin arbeidshverdag, særlig med hensyn til hvordan de møter forventninger fra egen yrkesgruppe, og forventninger fra sykehusorganisasjonen som de er en del av.

Ut av disse spenningsforholdene genereres det to spørsmål som utgjør problemstillinga i masteroppgaven.

Hvilke strategier har informantene for å håndtere krysspresset mellom faglige og organisatoriske forventninger?

Hva slags forventninger forholder informantene seg til fra egen yrkesgruppe?

1.2 Historisk kontekst

Legene representerer et historisk yrke. Informantenes oppfatninger av hvordan sykehuset er, er indirekte farget av historien. Ofte er det enklere å forstå legenes fortolkninger og vurderinger på sykehus gjennom å studere likheter eller kontraster til historiske forhold.

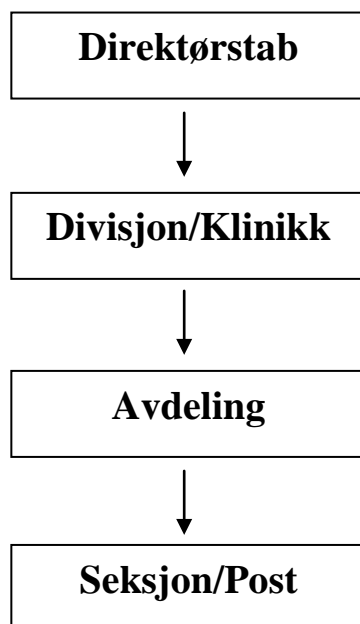
En historisk kontekstualisering er en viktig del av det empiriske grunnlaget for drøftingene i denne masteroppgaven. Det første historiske kapittelet, ”Et fagstyre reiser seg”, tar for seg de lange linjene i utviklinga av spesialisthelsetjenesten i Norge. Her introduseres også noe om hvilke fortellinger og myter som finnes i legefelleskapet. Det andre historiske empirikapittelet, ”Det nye sykehuset”, tar for seg sykehuset fra og med 1980 og fram til i dag. Her drøfter jeg de organisatoriske betingelsene som gjør seg direkte gjeldende på sykehuset. Reformene som vokste fram i kjølevannet av New Public Management har en sentral plassering.

Til sammen gir disse to kapitlene et omfattende bilde av legerollen og sykehusets utvikling. Et sentralt trekk ved legerollen er ettersom stadig flere oppgaver og problemer forstås som relevante for medisinen, blir legenes handlingsrom i møte med pasienten i økende grad regulert – av yrkesgruppa selv og av utenforstående aktører. Sykehuset utvikling kjennetegnes blant annet av forhandlinger mellom maktposisjonene til yrkesgrupper, politisk myndighet og befolkning. Spenningsforholdene mellom disse aktørene blir aldri helt forløst, og betraktninger rund sykehusenes stadige reformarbeid og forsøk på avklaringer står sentralt i oppgaven. På tross av omfattende tiltak, se det ut til at offentlig styring av sykehus, i likhet med mange andre velferdsstatlige tjenester, står overfor dilemmaer uten noen stabil og entydig løsning (Tranøy og Østerud 2001:24).

1.3 Dagens sykehusorganisasjon

I dag er om lag halvparten av helseforetakene (HF) i Norge organisert i 4 ledd (Stigen 2005b:40). Dette blir ofte referert til som en divisjons eller klinikkstruktur (se for eksempel Kjekshus et. al. 2005). Akershus sykehus, Aker sykehus, Sentralsykehuset i Vestfold eller Ullevål Sykehus er eksempler på denne måten å organisere på. Skjematisk ser organisasjonslinjen slik ut:

Figur 1. Skjematisk opptegning av sykehusets formelle organisasjonsstruktur.



Dette er en hierarkisk organisasjon, hvor sykehusdirektør står som ansvarlig, tar beslutninger og bestemmer hvilken retning utviklingen på sykehuset skal ta. Videre kan det ofte forekomme "sentraladministrative" støttefunksjoner på siden av den organisatoriske linjen. Tilsynelatende skulle dette organisasjonskartet tilsi at sykehus er hierarkisk og strømlinjeformet organisert.

På sykehus ser det ut til å være to ulike måter å holde autoritet på. Den øverste ledelsen kjennetegnes av en byråkratisk makt, som jeg skal utdype seinere. I delen av organisasjonen som er nærmest pasientene, altså på avdelings- og seksjonsnivå, er det også andre prinsipper som gjør seg gjeldende. Dette kan vi kalle en profesjonsorganisasjon (etter Mintzberg 1989). Mens man i den byråkratiske organisasjonen får autoritet gjennom posisjon i organisasjonen, altså uavhengig av person, får man i den profesjonelle organisasjonen autoritet fra ekspertise (Mintzberg 1989:176)¹. Hvordan disse to måtene å organisere på møter hverandre, skal jeg drøfte nærmere i det følgende. Først følger en kort etablering av byråkratiske og profesjonelle organisasjoner.

¹ Se også Kjekshus et. al. 2005, som har en lignende måte å forstå sykehus på.

1.3.1 Byråkratiet

Byråkratiske organisasjoner oppstår, i følge Max Weber, som resultat av to forhold: For det første gjennom en kvantitativ økning i arbeidsoppgaver og behovet for å koordinere disse. For det andre gjennom en intensivering av disse oppgavene (Weber 2000:121,124). Økt kompleksitet i organisasjonen fører med andre ord til at flere oppgaver er avhengige av hverandre, og utførelsen av ens egen oppgave blir avhengig av utførelsen av andres oppgaver. Lokale problemer, som før ble ordnet der og da, krever nå interlokale løsninger (Weber 2000:125).

Den byråkratiske organisasjon er teoretisk sett den mest effektive måten å håndtere disse saksforholdene på. Byråkratiet skal, i idealtypisk form, , forholde seg til sine oppgaver på samme måte som en maskin forholder seg til sine (Weber 2000:126). Gjennom å ta vekk saksbehandlernes autonomi og skjønnsutøvelse, og heller innføre spesialisering, rutinisering og standardisering, vil organisasjonen nå sin optimale effektivitet.

For å sikre teknisk god saksgang, er Weber opptatt av at en rekke forhold må ligge til rette. Den maskinelle saksbehandling baserer seg på *forut beregnelige regler* (Weber 2000:127). Autoritet, her forstått som aksepten av ens maktutøvelse som legitim (Lukes 2005 [1974]:21), er forankret i disse reglene. Det er embetskvinnen og embetsmannens posisjon, ikke person, som gir autoritet. Byråkratiet er derfor avhengig av lojalitet fra sine ansatte (Weber 2000:120). Gjennom lojaliteten til organisasjon blir saksgangen fri for alle personlige hensyn. Byråkratiet skal skjytte sine oppgaver gjennom rettferdige prosedyrer, eller i det minste prosedyrer som skal være like for alle.

Arbeidet i byråkratiet kjennetegnes videre av saksbehandlernes inndeling i kompetanseområder, altså arbeidsdeling og spesialisering, hierarkisk oppbygning, nøytralitet og disiplin. For å få til dette er det avgjørende at saksbehandlingen dokumenteres. Det er flere grunner til at dokumentasjon er viktig. For det første fører dokumenteringa beslutningene inn i prosedyrer og struktur, og ut av den enkelte utøvers hode. Saksbehandlingen forankes på denne måten til organisasjon framfor person. For det andre muliggjør dokumentering etterprøving og anke av beslutninger. For det tredje overvåkes de ansatte, og man sikrer disiplin og lojalitet til organisasjonens mål. Byråkratiet gjør seg på denne måten mindre avhengig av den enkelte utøver, og blir mer stabil over tid.

Byråkratisering av organisasjon og oppgaver vil med andre ord si at den blir gjenstand for nøyte dokumentasjon, underlagt en eksplisitt prosedyre, og saksbehandlingen blir på denne måten ”gjennomsiktig”. En konsekvens er at overordnede eller utenforstående skal ha mulighet til å styre og ettergå de beslutninger som gjøres og er gjort.

1.3.2 Profesjonsorganisasjoner

For å kunne ha oversikt og styre en så kompleks virksomhet som et sykehus, ser man seg nødt til å basere seg på byråkratiske styringsformer. Men denne måten å organisere på passer dårligere til den aktiviteten leger og andre yrkesgrupper bedriver direkte overfor pasienter.

Mens byråkratiet forholdt seg til økende grad av kompleksitet *mellom* oppgaver, er profesjonsorganisasjoner i større grad en reaksjon på økende grad av kompleksitet i oppgaven i seg selv. Noen oppgaver er av en slik art at man må forholde seg til dem umiddelbart, basert på praksis og erfaring, heller enn å gjøre dem til gjenstand for byråkratiske prinsipper (Mintzberg 1989:176).

Mens det var eksplisitt dokumentasjon og forut beregnelige regler som kjennetegnet koordinering i byråkratiet, har profesjonsorganisasjoner andre koordinerende mekanismer. Her handler det om hvordan internalisering av kompetanse i yrkesgruppers utdanning og arbeidserfaring fungerer som koordinerende krefter (Mintzberg 1989:175).

Mintzberg er opptatt av hvordan yrkesgrupper og normene som følger dem resulterer i en bestemt type handling. Yrkesutøverens «informed judgment [is], mightily influenced by professional training and affiliation» (Mintzberg 1989:184), og: «Pushed to the limit, then, individual freedom becomes professional control» (Mintzberg 1989:184).

Profesjonsorganisasjoner er et resultat av utøvernes internaliserte normer og kunnskap. Kjennskap og kompetanse inne i utøvernes hoder koordinerer organisasjonen. I byråkratiet så vi hvordan organisasjonen søkte å bli så lite avhengig av personer som mulig. Profesjonsorganisasjoners tilnærming handler om å knytte personene så tett til seg som mulig.

Ut av betingelsene om at det er yrkesgruppa som definerer hvordan oppgaver skal utføres og koordineres, følger også en annen type hierarki i profesjonsorganisasjoner enn i byråkratiske. Den som har anledning til å definere normer og organisasjonens forståelse av hva som er gyldig kunnskap, har autoritet. Derfor kommer autoritet av ekspertise (Mintzberg 1989:176).

Man bestemmer over andre og organisasjonen på bakgrunn av å vite best. Dette står i direkte motsetningsforhold til byråkratiet hvor autoritet kom av posisjon.

Kompleksiteten i oppgavene som skal utføres fordrer at utøverne inngår i spesialiseringer. Spesialiseringa fører igjen til en viss grad av autonomi, en vet best på sitt spesifikke område. Resultatet blir en desentralisering av autoritet. Man kan ikke vite best på alle områder. Derfor desentraliseres også profesjonsorganisasjonens strategier. Mens byråkratiet kjennetegnes av en sterk top-down styring, er det utøverne som formulerer strategiene i profesjonsorganisasjoner. Her blir styringen heller bottom-up (Mintzberg 1989:182). Nedenfra-og-opp-innflytelsen gjør at det kan være flere forskjellige, og til dels motsetningsfylte, strategier i profesjonsorganisasjoner på en gang (Mintzberg 1989:188). På tross av sprikende lokale strategier, står det overordnede målet for organisasjonen som regel fast over tid, slik behandling av pasienter er målet for sykehus, og utdanning og forskning for universiteter.

Profesjonsorganisasjonens fordeler og ulemper

Profesjonsorganisasjonen har sine fordeler og henter sin effektivitet i fraværet av ekstern kontroll, fraværet av krav om ekstensiv dokumentasjon og fravær av eksplisitt forut beregnelige regler (Mintzberg 1989:191-192). Organisasjonen forenkler og strømlinjeformer seg inn mot å løse sine spesifikke oppgaver så bra og effektivt som mulig. Alt er internalisert og standardisert i utøvernes hoder. Dette er en kompetanse som gjør dem i stand til å løse komplekse oppgaver svært raskt, presist og effektivt.

For profesjonsorganisasjonen er det et kontinuerlig problem knyttet til kontroll, koordinering, forutsigbarhet og kvalitetssikring: «Relying on the standardization of skills is a loose coordinating mechanism at best» (Mintzberg 1989:189). I organisasjoner som sykehus, som utfører oppgaver knyttet til det som er nært og kjært for oss, kommer det fort reaksjoner på disse vanskelig kontrollerbare forholdene. Svaret blir ofte innføring av byråkratiske organisasjonselementer. Men, som sagt, slike elementer blir lett til hinder for profesjonsorganisasjonens effektivitetsfortrinn.

Et annet problem knytter seg til endring. Profesjonsorganisasjonens koordineringsmekanisme er den internaliserte yrkeskunnskapen. Endring i organisasjon må derfor gå gjennom endring av kunnskap. En tidkrevende prosess, og i blant er forholdsviss

rask organisatorisk endring nødvendig. I verste fall kan forsøk på innføring av endringer møte så mye motstand fra utøverne at de ikke lar seg gjennomføre (Mintzberg 1989:190).

1.4 De subjektive erfaringene til 9 overleger

Informantene i denne masteroppgaven er rekruttert med tanke på at de befinner seg i organisatoriske posisjoner hvor byråkratiske og profesjonsorganisatoriske styringsretorikker møtes. Informantene må i stor grad både forholde seg til virksomhet som retter seg direkte mot pasienter, og den mer administrative og byråkratiske delen av sykehuset. Datamaterialet består av semistrukturerte intervjuer med 9 informanter. Intervjuene strakte seg fra 45 minutter til over en time. Alle informantene har legeutdanning, de har tittelen overlege, flere av dem har også medisinsk doktorgrad.

Informantene kommer alle fra et større sykehus i Norge. Dette innebærer at de fleste avdelingene og seksjonene i høy grad er spesialiserte, enkelte har også universitetsfunksjoner. Forskning er derfor en sentral oppgave, i tillegg til ”vanlige” konsultasjoner og behandlinger. De aktuelle enhetene inngår med andre ord både i medisinsk utviklingsarbeid, og massebehandling. Enkelte av avdelingene har tung kompetanse, og må ses på som kliniske elitemiljøer som befinner seg i fagfronten i norsk og internasjonal sammenheng.

Informantene blir presentert i tabell 1 nedenfor. Kategoriene ”informantnummerering” og ”kjønn” skulle være selvforklarende. Informantene er fra 40 til over 60 år, og gjennomsnittsalderen er 53 år. Kategorien ”nivå”, deler informantene inn i seksjoner og avdelinger. Avdelinger er som oftest større enn seksjoner, og dekker gjerne flere fagfelt, men det hender også at noen avdelinger er mindre enn enkelte seksjoner. Særlig små avdelinger har jeg kodet som seksjoner. Videre har jeg en kategori om heter ”formelt ansvar”. Dette viser til om informanten har enhetlig ledelsesansvar eller ikke. Informanter som er kodet som rådgivere har ikke det. Formelt sett har ledere på avdelingsnivå mest administrative plikter og minst arbeid på klinikken. Rådgivere på seksjonsnivå har, formelt sett, en motsatt vektning mellom administrasjon og klinikk. Betydningen av enhetlig ledelse utdypes særlig i de historiske kapitlene, og forholdet mellom kliniske og administrative oppgaver blir grundigere gjennomgått i både de historiske og de analytiske kapitlene.

Tabell 1. Skjematisk presentasjon av informantene

Informant	Kjønn	Nivå	Formelt ansvar
Informant 1	Mann	Seksjon	Rådgiver
Informant 2	Mann	Seksjon	Leder
Informant 3	Mann	Avdeling	Rådgiver
Informant 4	Mann	Seksjon	Leder
Informant 5	Mann	Avdeling	Rådgiver
Informant 6	Kvinne	Avdeling	Leder
Informant 7	Kvinne	Seksjon	Rådgiver
Informant 8	Kvinne	Avdeling	Leder
Informant 9	Kvinne	Avdeling	Leder

1.5 Informantenes oppgaveportefølje

En yrkesgruppe konstitueres blant annet av at de har kontroll over et knippe av oppgaver (Hughes 1951a). Yrkesgruppers oppgaveportefølje kjennetegnes av stadig endring, den sorteres og resorteres (Hughes 1955:122). Endringer kan komme av ytre forhold, slik som teknologiske eller samfunnsmessige omveltninger. Yrkesgruppa kan også selv rokkere på hvilke oppgaver man til enhver tid ser som hensiktsmessig å utføre.

Det spesielle for kunnskapsbaserte yrkesgrupper, slik som legene, er hvordan de hevder sitt ansvar over oppgaver gjennom argumenter fundert i en vitenskapelig og yrkesspesifikk kunnskap. Andrew Abbott kaller båndet mellom de respektive oppgavene og yrkesgruppa jurisdiksjon (Abbott 1988). Yrkesgrupperes vekst og fall handler ofte om i hvilken grad de klarer å holde jurisdiksjon over prestisjefylte oppgaver, og delegere mindre prestisjefylte oppgaver til andre (Kjølørød 2003; Abbott 1988)².

² Den teoretiske redegjørelsen er spredt utover oppgaven for å lette framstillinga. En liten oppsummering av mine teoretiske verktøy er likevel avklarende. Den organisatoriske redegjørelsen er allerede presentert, og baserer seg på Weber (2000) og Mintzberg (1989). Min forståelse av yrkesgrupper følger i stor grad Chicagoskolen. Jeg har forholdsvis iherdig lest Hughes (1958 og 1984), og Andrew Abbott (1988). I kapittel 6 presenteres teorier om "fortellinger" som jeg har hentet fra Charles Tilly (2002).

Det er verdt å merke seg noen særegenheter ved oppgaveporteføljen til informantene i denne oppgaven. Jeg har valgt å dele informantenes oppgaveportefølje i tre: lege- kunnskaps-, og lederoppgaver. Jeg kunne delt oppgavene på andre måter, men denne delingen framstår som tilstrekkelig presis for den videre redegjørelsen.

1.5.1 Legeoppgaver

For det første er informantene leger. Typiske legeoppgaver handler om pasientbehandling. Her anvender informantene sin abstrakte kunnskap i konkrete situasjoner, et grunnleggende kjennetegn ved kunnskapsbaserte yrkesgrupper (se Abbott 1988:8). Generelt kan vi kalle dette ”ekspertoppgaver”, men i denne konteksten kan ”kliniske oppgaver” være passende. Her handler det om å ta beslutninger knyttet til diagnostisering av pasienter, bestemme pasientforløp og angi hvilke og hvordan medisiner skal brukes. Et sentralt trekk ved denne oppgaven er å møte pasienten ansikt til ansikt . Det er i kraft av å være leger informantene utfører disse oppgavene, ikke som ledere.

1.5.2 Kunnskapsoppgaver

For det andre har informantene en rolle hvor det følger særlig kunnskapsorienterte oppgaver. Informantene må hele tiden arbeide med å forankre legeoppgavene etter vitenskapelig dokumentasjon. Forskning er en slik kunnskapsoppgave, og handler om vitenskapelig nyvinning på vegne av yrkesgruppa. Studier er annen kunnskapsoppgave, informantene må tilegne seg den eksisterende kunnskapen, gammel som ny. Både forskning og studier fokuserer på kunnskap som til enhver tid er i fagfronten, gjennom henholdsvis nybrottsarbeid og tilegning av kunnskap som andre har framskaffet. Undervisning er en siste kunnskapsoppgave jeg velger å trekke fram. Tilegnet kunnskap må formidles til kolleger og andre relevante aktører utenfor yrkesgruppa. Med undervisning sikter jeg ikke til populærvitenskaplig formidling, men dyptgående vitenskapelige foredrag og seminarer, samt slikt som oppfølging av medisinstudenter.

1.5.3 Lederoppgaver

For det tredje er informantene, i varierende grad og omfang, ledere. En typisk lederoppgave er å representere på forskjellige arenaer – lokalt på avdelinga, internt på sykehuset og enkelte ganger også utenfor sykehuset. Ledere på sykehus møtes også av forventninger om at de skal

formulere og gjennomføre strategier på vegne av avdeling, seksjon og fagfelt. Et viktig moment i denne masteroppgaven er omfanget av lederoppgaver. Etter reformen om enhetlig ledelse³ har lederen for seksjoner og avdelinger totalansvar. Det innebærer at man har ansvar, ikke bare for de direkte medisinske forholdene, pasientbehandlingen, men for eksempel også enhetens økonomi og personale. Når jeg bruker begrepet ”lederoppgaver” i denne masteroppgaven, innebærer dette også en rekke forpliktelser overfor administrasjon og organisasjon. Noen ganger understreker jeg dette ved å bruke begrepet ”administrasjons- og ledelsesoppgaver”.

1.5.4 Kjerneoppgaver

Alle informantene utfører alle disse oppgavene, men med ulike betoning. Noen utfører det meste av sitt arbeid på klinikken, det jeg her har kalt legeoppgaver. Andre har i større grad lederstillinger, og de har nesten ikke anledning til å gjøre klinisk arbeid i det hele tatt. Informantene har alle en eller annen form for lederfunksjon knyttet til seg. Det som er særegent for den type ledere informantene er, er hvordan de er opptatt av å ta del i lege- og kunnskapsoppgavene. I andre organisasjoner er det sjeldent at utøvere i slike mellomlederposisjoner bidrar så direkte til organisasjonens virksomhet. Siden informantene er særlig opptatt av lege- og kunnskapsoppgavene, referer jeg ofte til disse to som ”kjerneoppgavene” i teksten.

³ Enhetlig ledelse var en ledelsesreform som ble innført i 1999, mer om den i kapittelet ”Det nye sykehuset”.

2. Metodiske betraktninger

I dette kapittelet gjør jeg rede for de metodiske valg og utfordringer som oppstod under arbeidet. Jeg forklarer valg av intervju som metode, og problematiserer omstendighetene knyttet til intervjusituasjonen. I den sammenheng er det verdt å merke seg at sosiologer forholdsvis sjelden forsker på personer som står over dem i sosial status. Intervjuer av ”eliter” skaper noen spesielle forhold rundt intervjusituasjonen. Mot slutten av kapittelet redegjøres det for analyseprosessen, samt arbeidets mest sentrale etiske betraktninger.

2.1 Om utvalget

Jeg ønsket informanter som skulle være berørt og opptatt av spenninger mellom faglige og organisatoriske forventninger. Gjennom å rekruttere informanter som både hadde medisinsk bakgrunn og ulike former for lederansvar, oppfylte jeg en slik intensjon. Allerede her, som en ”vei inn i stoffet” har jeg foretatt et metodevalg. Jeg har tatt i bruk det Engelstad betegner som ”posisjonsmetoden” (Engelstad: under utgivelse). Som forsker har jeg gått ut fra at utdanningskriterier og formell organisasjonsposisjon forteller noe om hvem som holder makt, og jeg har plukket ut disse til å være med i undersøkelsen.

Foruten disse individuelle kravene har jeg også rekruttert informanter ved et stort sykehus. Intensjonen bak dette valget følger samme logikk som intensjonen bak de individuelle kriteriene. Gjennom å undersøke den mest ekstreme og komplekse organisasjonen, så jeg for meg at faglige og organisatoriske spenninger, samt et aktivt forhold til organisasjonen var enda mer framtrædende. Slo strategien min til?

Flere av avdelingene har formelle mandater som pålegger dem å være langt framme i forskningsfronten. Mange av informantene fortalte også om hvordan de vanskelig så for seg at de kunne gjøre kompromisser på det faglige utviklingsarbeidet. De skulle være først, og hvis de gjorde for mange kompromisser, hva ville dette bety ”for andre avdelinger i Norge?” Informantene påla seg selv et særlig faglig ansvar, noe jeg altså hadde ventet på forhånd. Slik sett var strategien en suksess. Men kanskje hadde det samme også vært tilfelle om jeg hadde valgt meg et mindre sykehus? I et yrke som legenes, med så sterke etiske forventninger, er det ikke å utelukke at forståelsen av ens faglige ansvar tas svært alvorlig.

Alle informantene hadde et eksplisitt og artikulert forhold til organisasjonen de var en del av. De inngikk i en rekke situasjoner hvor de aktivt måtte ta stilling til, og tenke over egen og andres virksomhet, og de organisatoriske betingelser var ofte maktpåliggende. Men igjen kunne dette i like stor grad vært tilfelle på et mindre sykehus. Alt i alt er jeg fornøyd med min ”maksimerende” framgangsmåte, da mine intensjoner jo slo til, selv om dette også kunne vært tilfelle ved et annet sykehus.

2.2 Valg av metode

Intervjuer gir data om hvordan informanten forstår erfaringer og begivenheter i sitt eget liv. Gjenfortelling er et trekk ved intervju, som understreker og nødvendiggjør formidling av informantens forståelse av hendelser eller erfaringer (Thagaard 2002:83). Intervju som metode har styrker knyttet til å få tak i forståelser av seg selv og omgivelsene rundt.

Det er praktiske begrensninger knyttet til hvilke metodeopplegg som lar seg gjennomføre innenfor rammene av en masteroppgave. Det kunne vært ønskelig å bruke observasjon som metode i mitt forskningsopplegg. Da kunne jeg fått bedre grep om hva som faktisk skjer på sykehusavdelinger, framfor fortellinger om hva som foregår. Jeg så det som vanskelig gjennomførbart at jeg skulle kunne fotfølge overleger gjennom deres arbeidshverdag. For å få grep om hva som skjer på en avdeling, må man være der i lengre perioder av gangen – noe som ville vært problematisk for både meg og de aktuelle legene og avdelingene. Pragmatiske avveininger var avgjørende for valget av intervju som metode. Men det skal også sies at intervjuer fungerte svært formålstjenelig. Jeg ønsket å få grep om informantenes fortellinger, forståelser og oppfatninger, noe jeg også fikk.

2.3 Kontakt med felten

Første skritt var å ta formelt kontakt med sykehuset og få tillatelse av HR-direktør til å gjennomføre prosjektet (se vedlegg 1 for beskrivelsen av prosjektet som fulgte med henvendelsen). De hadde ingen betenkeligheter ved prosjektet.

Jeg tilnærmet meg rekruttering av informanter gjennom to hovedstrategier. Først forsøkte jeg å komme i kontakt gjennom snøballrekruttering. Jeg henvendte meg til to overleger på sykehuset, begge ønsket å la seg intervju (se vedlegg 2 for beskrivelsen av prosjektet som

fulgte med alle henvendelser). Disse sendte meg videre til 3 nye informanter. Alle var menn. Siden jeg bare hadde rekruttert menn, ble jeg usikker på om jeg befant meg innenfor et bestemt sjikt av leger. Hvis kjønn var noe som var likt ved alle, var det kanskje andre aspekter som også var det. For å sikre meg mot at jeg ikke utelukkende hadde rekruttert innenfor et begrenset miljø, besluttet jeg å jobbe aktivt for å få inn kvinner i utvalget. Jeg sendte ti henvendelser per e-post til kvinner med de kriteriene jeg hadde forutsatt. Etter to purringer hadde alle svart, og 5 av dem sa seg villig til å stille opp på intervjuet. En av de kvinnelige informantene avlyste intervjuet rett før det skulle avholdes. Mange av tilbakemeldingene fra de som takket nei til å la seg intervju, oppga at de ønsket å delta i prosjektet, men at de ikke kunne finne tid til dette i en travel hverdag.

Jevnt over var responsen fra informantene positiv. Det virket som de hadde en umiddelbar interesse for prosjektet, og ønsket å stille opp. Intervjuene fant sted på informantenes kontorer på sykehuset. Alle intervjuene jeg gjennomførte ble en eller flere ganger avbrutt av at noen behøvde informantens oppmerksomhet. De som takket ja til å la seg intervju, ser ut til å ha vært særlig motivert for å formidle sine erfaringer om temaet, og ryddet plass til dette i sin timeplan. Mitt inntrykk er at informantene som avslo grunnet tidspress hadde reell grunn til det.

Igen er praktiske hensyn kanskje den viktigste årsaken til at utvalget ble 9 informanter, og ikke flere. Det er tidkrevende å hente inn, og avholde intervjuer, samt å transkribere dem i ettertid. De totale transkripsjonene ble på 124 sider, Times New Roman, med punkt 12, og enkel linjeavstand. Alle transkripsjonene ble lest svært grundig, og flere ganger i analyseprosessen. Dette tilsvarer et omfang som er vanlig i sjangeren ”masteroppgave i sosiologi”. Jeg kan vanskelig hevde at jeg nådde det Thagaard beskriver som et ”metningspunkt” i min behandling av intervjuene (Thagaard 2002:56). Altså at de nye intervjuene i mindre grad generer nye innsikter til de temaene jeg er interessert i. I gjennomgangen av intervjuene i innsamlingsprosessen framstod materialet som så komplekst at jeg vanskelig så for meg hvor mange intervjuer som skulle til, for å nå et slikt metningspunkt. Det ble helt nødvendig å avgrense omfanget. De 9 intervjuene inneholder svært mye materiale, helt klart nok til å fylle denne masteroppgaven, selv om jeg ikke følte temaet var ”uttømt”. En avgrensning knyttet til hva som er et rimelig empirisk omfang for en masteroppgave, ble da naturlig.

Rekrutteringa kan ha hatt innvirkning på hva slags data jeg produserte. Utvalget er et tilgjengelighetsutvalg, altså at informantene selv hadde kontroll på om de ønsket å være med eller ei. Kanskje hadde informantene som takket ja et særlig ønske om å presentere sin livssituasjon. Det er gjerne slik at konflikter og problemer ikke fører til et ønske om å være med i forskning (Thagaard 2002:54). Det kan derfor hende konflikter og problemer er underrepresentert i mitt materiale. I analysekapitlene er det også tydelig at informantene forteller om sine mestringsstrategier, heller enn mislykkede prosjekter.

Sykehus er kjønnede organisasjoner. Selv om kjønnshegemoniet er i endring, ser makt og penger fremdeles ut til å fordeles etter kjønnede strukturer på sykehus (Gjerberg 2001). Den tradisjonelle delingen mellom mannlige leger og kvinnelige sykepleiere illustrerer dette. 8 % av alle sykepleiere var menn i 1997 (Gjerberg og Kjølørød 2001:189). Det ser likevel ut til å være en dreining på sykehusene på bekostning av mannlige leger (Gjerberg 2001). Mitt inntrykk er at informantene ikke har så kjønnede erfaringer som de kunne hatt. I Norge er det for eksempel like mange kvinner som menn som spesialiserer seg i medisinen. Heller i valget av spesialisering ser det ut til å forekomme kjønnede seleksjoner (Gjerberg 2001). Kjønn er ikke noe eksplisitt tema i analysene i denne oppgaven. Her fokuseres det på informantenes forståelse av organisasjonen de er en del av, og mestringsstrategier. I analyseprosessene har det også sett ut til at det knyttes svakere forventninger til kjønnsrollen, enn forventningene til rollen som lege eller leder. Men jeg understreker at dette ikke har vært noe eksplisitt tema for undersøkelsen.

2.4 Om intervjusituasjonen

Informantene i denne studien var alle eldre og hadde høyere utdanning enn forskeren. I den sosiologiske metodelitteraturen om intervjuer er dette sjelden utgangspunktet, som regel har informantene lavere utdanning og sosial status enn forskeren. I dette forskningsopplegget var det ikke slik.

2.4.1 Om intervjuing av eliter

Samtlige ni informanter har betydelig prestisje i samfunnet. De forvalter store ressurser, delvis privat gjennom lønnsarbeid, men særlig i kraft av sine ledende stillinger. I tillegg har

de innflytelse på egen og andres arbeidssituasjon på sykehuset, de har mer makt enn mange andre. Vi kan kalle dem sterke informanter, kanskje også eliter.

I alle intervjuer er det gjerne slik at informantene vil forsvare sitt selvilde, og stille seg selv i et gunstig lys. Dette gjelder også for sterke informanter og eliter (Engelstad: under utgivelse). I denne sammenheng vil jeg peke på to forhold som kan ha hatt en særlig innvirkning på intervjuene.

For det første er det en sterk kunnskapsasymmetri i møtet mellom forsker og informant. Det er utenfor min rekkevidde å opparbeide seg innsikt til å kunne utfordre informantenes presentasjoner. Jeg, i likhet med andre ikke-medisinere, er for eksempel prisgitt informantenes definisjoner av hva som er, og hva som ikke er, ”faglig forsvarlig”. Dette kan imidlertid også fungere som en fordel for meg som samfunnsviter. Det er nettopp informantenes bilder, forståelser og egne redegjørelser som er av interesse (Kjølørød 1993:45).

For det andre er gjerne slike sterke informanter ”...ikke bare [...] kunnskapsrike, men også sjarmerende personer, med lang erfaring i å behandle mennesker og stor evne til å overbevise. Det er en forutsetning for å nå opp til den stillingen de har” (Engelstad: under utgivelse). Engelstads betraktninger kan utdypes ved hjelp av et poeng fra en av nestorene innen yrkessosiologien, Everett C. Hughes. Han påpeker hvordan det nærmest ligger i den sosiale natur at et yrke forsøker å tilegne seg så mye prestisje som mulig. De aller fleste er opptatt av å forstå seg selv som verdige. I særlig kunnskapsrike og prestisjefylte yrker, for eksempel legene, fører dette til et metodisk problem. Hughes holder fram at slike yrkesgrupper gjerne er i besittelse av en formende type kunnskap og språk. Utøverne kan insistere på bruk av verdiladede ord og retoriske begreper som er vanskelige å trenge gjennom. Dette er en måte å tale på som hindrer utenforstående å ta del i diskusjon og tanke om hva som skjer i arbeidssituasjonen (Hughes 1951b:339).

Dette kan påvirke intervjusituasjonen, og det er verdt å holde fram at informantene i denne undersøkelsen hadde forholdsvis stor grad av regi på intervjuene. De hadde stor kontroll over hvordan de presenterte seg selv, hvordan det ble pratet, og hva som ble og ikke ble pratet om. Kanskje har deres fortellinger om egen arbeidssituasjon gjort det vanskelig for meg som forsker å forstå enkelte relasjoner og situasjoner på sykehuset. Informantene pratet for eksempel lite om hvordan de delegerer arbeid, men mye om hva de selv gjorde. De snakket

mye om sin egen yrkesgruppe, men mindre om andre slik som sykepleiere, bioingeniører eller farmasøyter, som også har direkte innvirkning på pasientbehandlingen og som spiller avgjørende roller i arbeidsdelingen på sykehus. Det er mange ulike perspektiver man kan anlegge for å undersøke sykehus. I denne masteroppgaven er det de ledende overlegenes perspektiv som presenteres. Dette er en sentral yrkesgruppe på sykehuset, og deres perspektiv er det jeg er interessert i, og i forståelsen av hva som skjer på sykehus er det belysende å kjenne til perspektivene her. Poenget er at dette ikke behøver å være et perspektiv som belyser alle interessante aspekter ved sykehuset, noen er sterkere og andre er svakere betont. Dette er en avgrensning det er verdt å nevne og huske på i lesninga av denne masteroppgaven. I beste fall er dette en avgrensning som tydeliggjør noe om sykehus som ellers ikke ville kommet fram, i verste fall blir det vanskeligere å få tak på noen vesentligheter i den interne dynamikken på sykehus.

2.4.2 Intervjuguiden

Refleksjons- og konkretiseringsprosessen utviklinga av guiden førte med seg, gav et viktig grunnlag for retninga til prosjektet. Intervjuguiden ble ikke brukt intensivt under selve intervjuene (Se vedlegg 3 for intervjuguide). Den fungerte som en huskeliste for temaene jeg ville gjennom: person, organisasjon, samt om det hadde skjedd endringer i organisasjonen.

Jeg åpnet intervjuene med å etablere enkle fakta om personlig bakgrunn og organisasjonens oppbygning og virkemåte. Da hverdagsforståelser ofte vanskelig lar seg diskutere eksplisitt, håpte jeg at gjennom å fortelle om den daglige driften ville slike forståelser komme fram i lyset. Her var også grunnlaget for å danne en oppriktig tone, og vise min interesse i gjøremål på sykehus. Kunnskapen om de lokale forhold som kom fram her la også grunnlag for den videre samtalen.

Jeg forsøkte å finne ut hvor informantene opplevde at grensene for eget ansvar gikk. Hvilke områder hadde de selv ansvar for, og hva skulle de legge til rette for andre? Informantene er både ledere og fagpersoner. For å konkretisere skillelinjene mellom ansvar og ikke-ansvar, forsøkte jeg å utforske forholdet mellom å være lege og leder. Et perspektiv jeg brukte for å konkretisere dette, var å spørre om på hvilke arenaer informanten representerte og presenterte seg selv og sin avdeling. Det være seg i møte med andre avdelinger lokalt på sykehuset, i møte med det offentlige som stat og kommune, eller på konferanser med kolleger. I informantenes fortelling om sin selvpresentasjon prøvde jeg å få dem til å svare

på når de så seg selv som leger, og når de så seg selv som ledere. Disse generelle spørsmålene lot jeg informantene utforske i den konkrete og lokale settingen. På den måten søkte jeg å få svar på hvordan informantene forholdt seg til størrelsene jeg var interessert i. Hvordan de reagerte på ulike impulser utenfra, og hvordan de opplevde sitt ansvar i forhold til dette.

2.4.3 Møtet med informantene

Intervjusituasjonene bar preg av at dette var fortrolige og tillitsfulle samtaler, men jeg vil likevel, karakterisere dataene som informantene presenterte som ”front-stage”- fortellinger. Det meste de fortalte kunne stått i en kronikk i Aftenposten (for eksempel Aftenposten 07.08.09). Det var heller ikke noe mål å komme ”bakom” deres fortellinger. Jeg ser det som et tegn på bekreftbarhet at informantenes beskrivelser av legerollen og sykehuset hang sammen med hverandre, og med fortellinger fra andre aktører, i media eller andre steder. Jeg opplevde å få tak i informantenes åpenhjertige forståelse av seg selv og omgivelsene rundt, og hvordan de beskrev og vurderte disse. En grunn til at intervjusituasjonen ble så åpen, kan ha vært prosjektbeskrivelsen som på forhånd ble sendt til sykehusene og de potensielle informantene. I denne understreket jeg at fokuset i arbeidet mitt var på relasjonen mellom lege og sykehuset, ikke relasjonen mellom lege og pasient. Den første relasjonen er kanskje å forstå som betraktelig mindre sensitiv enn den siste.

Informantene var stort sett pågående, artikulerte og aktive under intervjusituasjonen, og de argumenterte og utdypet hvis de opplevde seg misforstått. Informantenes pågåenhet kan ses på som en indikasjon på at de var langt fra underordnet i intervjusituasjonen (Thagaard 2002:101). Min erfaring, som ung, hvit mann i midten av 20-åra, er at jeg til dels følte meg ganske underlegen i møte med overlegen, uavhengig av kjønn. Leger og overleger er som regel førende i de situasjonene de inngår i – de er vant til å skulle leggepremissene. Mange av informantene gjorde også det i møte med meg som forsker. De pratet i vei om arbeidet på sykehuset, hva de mente var viktig, og hvordan de fikk det til, hva andre gjorde feil, og de selv gjorde riktig. Noen av intervjuene er så å si en eneste lang strøm av prat fra informantene. Dette var det ene ytterpunktet i intervjusituasjonene. Her kunne jeg stilt mer dyptpløyende spørsmål, og dermed vært en mer likeverdig samtalepartner. Men kunnskapsasymmetrien mellom overleger som er svært erfarne, og en ikke ferdigutdannet sosiolog, er så stor at det vanskelig lot seg tette.

Det andre ytterpunktet knytter seg til uklarheter i relasjonen mellom meg og informanten. Særlig i intervjuet med informant 9 måtte informanten avbryte, og vi ble avbrutt av andre, flere ganger. Jeg hadde problemer med å få etablert premissene for prosjektet og samtalen på en ordentlig måte. På den måten framstod jeg fort som en person med uklare hensikter. Å være lege på sykehus er en posisjon med mange utfordringer og press fra flere kanter, og jeg ser det som rimelig at overleger har en skepsis til å bli forsket på. Det knytter seg alltid usikkerhet til hva resultatene av en kvalitativ eksplorerende studie, som denne, kan føre til. Derfor er det mitt ansvar som forsker å etablere så klare premisser og betingelser som mulig, siden det alltid er potensial for mistillit mellom forsker og informant. Likevel viste det seg i ettertid at de fleste intervjuene hadde mye bra informasjon.

Intervjutranskripsjonene inneholder gode og detaljerte beskrivelser, og dette fører til man kan danne seg et godt bilde av informantene og deres hverdager. Videre kunne man også lese informantenes detaljerte vurderinger og betraktninger av sine egne beskrivelser. Detaljrikdommen bidro i seg selv til troverdighet i informantenes fortellinger. Jeg har forsøkt å beholde dette når jeg gjengir sitater. Dessverre viste det seg at intervjuet med informant 9 gav svakere data enn de andre. Her var beskrivelsene vagere og mer generelle, og vurderingene og bemerkningene mer uklare.

Det var mange detaljer og mye informasjon i intervjuene, men det var også åpenbart mye informantene ikke fortalte om. Informantene pratet for eksempel lite om feil. Jeg spurte heller ikke om det, og var ikke ute etter informantenes betraktninger om håndtering av feil. Likevel er feil en uunngåelig del av arbeidet. På samme måte som det at jeg i starten bare rekrutterte menn, indikerer at jeg kanskje fikk tak i en bestemt type informant, og ikke en annen, kan fraværet av prat om feil indikere at det også var andre ting vi ikke pratet om. Kanskje styrte informantene, i kraft av sin autoritet og prestisje, samtalen i større grad enn jeg, som forsker, var klar over. På den andre siden kan feil på et sykehus være så sensitivt at dette i seg selv gjør at man ikke snakker om det.

I ettertid ser jeg at det kunne vært noe å vinne på å slå enda mer eksplisitt fast at jeg ikke var ute etter feil eller problemer – både i prosjektbeskrivelsen og under selve intervjuene. Dette kunne klarlagt mine hensikter, og lagt tydeligere premisser for samtalen. Det er en potensiell sårbarhet knyttet til utlevering av denne type informasjon, og dersom informantene var urolige for at slike spørsmål plutselig skulle komme, kan det ha hatt en innvirkning på intervjusituasjonen.

Mange av informantene hadde som sagt en oppfatning av hva prosjektet handlet om, ut fra den tilsendte prosjektbeskrivelsen og de begynte å prate før jeg hadde fått satt meg ordentlig ned. De aller fleste lot seg knapt bemerke av den potensielle sårbarheten de utsatte seg for gjennom å la seg intervju. De framstod som trygge på sin egen posisjon og fortellinger, kanskje hadde de også en oversikt og innsikt til å styre samtalen dit de ønsket. Som nevnt var det kun et intervju, med informant 9, som stakk seg ut i negativ retning. At noen av informantene hadde mer regi på intervjuet enn jeg så for meg, kan reflekteres i at det er forholdsvis stor variasjon mellom intervjuene. De sentrale temaene er man innom, men med ulik vinkling og vektlegging fra intervju til intervju. Dette kan ha ført til at jeg fikk mindre systematisk informasjon enn det jeg kunne fått.

2.5 Om analyseprosessen

Redegjørelse for den analytiske prosessen er avgjørende for troverdigheten til kvalitative forskningsprosjekter. Gjennom den eksplisitte redegjørelsen av hvilke valg som er tatt, har leseren anledning til å danne seg et kritisk bilde av om slutningene som gjøres er rimelige (Se for eksempel Becker et. al. 1961 for en tidlig redegjørelse av et slikt ståsted, og Corbin og Strauss 1990).

Etter at intervjuene var overstått satt jeg igjen med en stor mengde uoversiktlig data. En viktig oppgave var å få oversikt over og systematisere informasjonen jeg hadde. Dette angrep jeg på flere måter. Først gikk jeg løs på materialet etter person. Ut fra transkripsjonene lagde jeg fortettede sammendrag av den enkelte informant. Jeg startet ut med kategorier som ”person” og ”situasjonen på avdelinga”, hvor jeg kartla faktaforhold. Jeg inkorporerte i tillegg mer subjektive kategorier som ”strategier for representasjon: lokalt på avdelinga, overfor andre avdelinger, utenfor sykehuset”. Disse sammendragene samlet jeg i et bakgrunnsnotat, som jeg brukte til støtte under analyseprosessen.

Jeg gjennomgikk også materialet ut fra mer temaorienterte tilnærminger. Jeg gikk for eksempel gjennom alle transkripsjonene og plukket ut alle sitater jeg så handlet om ”ressurser”, og samlet disse i et eget notat. Det samme gjorde jeg med alle sitater som handlet om ”fag”. Jeg hadde flere slike spissede bakgrunnsnotater i arbeidet med analysen.

I perioden jeg satte meg intensivt inn i materialet på denne måten, dannet jeg meg også et generelt inntrykk av intervjuene. Det er ikke til å underslå at også tilfeldige innfall av typen ”sa ikke informant 7 noe om...” også spilte en viktig rolle i analysearbeidet. Jeg støttet meg med andre ord ikke utelukkende på det eksplisitt systematiserte sammenfatningsmaterialet, men også på intervjuene direkte.

Analysen har tilnærmet gjennomgått en tretrinnet prosess. For det første forholdt jeg meg til de direkte transkripsjonene. For det andre gjennomgikk jeg disse, og dannet bakgrunnsnotater, om sentrale temaer og begreper. Til slutt behandlet jeg dette i analysekapitlene. At prosessen kan kalles ”tilnærmet” tretrinnet, viser til at jeg har gjort omfattende endringer og restruktureringer i arbeidet med analysekapitlene. Noen av disse omarbeidingene har kanskje vært så omfattende at man kunne kalt det et nytt trinn. Siden analysekapitlene har gjennomgått slike omfattende endringer, har jeg i disse prosessene passet på å gå tilbake til transkripsjonene. Dette har vært viktig for å opprettholde rederlighet overfor det originale materialet. Jeg har også tilstrebet å vise leseren min bruk, forståelse og tolkning av materialet, gjennom å bruke forholdsvis lange og utfyllende sitater.

En slik trinnet prosess bærer noen likhetstrekk med redegjørelse for grounded theory (Corbin & Strauss 1990). Jeg kan imidlertid ikke påberope meg en like systematisk framgangsmåte som det som skisseres i denne litteraturen. Jeg valgte heller ikke å rekruttere informanter etter hvert som mitt innsamlede materiale ville pekt ut stadig nye interessante retninger å utforske (slik Corbin og Strauss 1990:420 skisserer). Jeg bestemte meg for hvem jeg ville ha som informanter på forhånd. Den viktigste grunnen til at jeg referer til grounded theory i redegjørelsen for analyseprosessen handler om graden av induksjon. Dette har vært en empirinær undersøkelse. Den analytiske prosessen har generert funn ”utvunget” ut av materialet. Prosessen har hele tiden vært teoretisk informert, men empirien har spilt en avgjørende rolle.

2.6 Etiske utfordringer

Selv om jeg som forsker følte meg tidvis underlegen i intervjusituasjon, ble dette forholdet snudd på hodet når informantene ikke lenger var der og jeg som forsker skulle håndtere transkripsjonene alene. I en slik situasjon har forskeren monopol på fortolkning, og informantene kan ikke selv sørge for å ivareta sin integritet. Arbeids- og analyseprosessen

blir på denne måten også en etisk prosess. Jeg må på sannferdig vis skape et inntrykk av hvilke fortolkninger, premisser og betingelser jeg har lagt til grunn for de valg som er gjort. Det er dette man i metodelitteraturen gjerne betegner som forskningens troverdighet (Thagaard 2002:170). Overfor informantenes integritet, men også overfor historiske data og teoretiske posisjoneringer må jeg opprettholde redelighet overfor materiale. Dette er en kontinuerlig etisk prosess, som i følge Karin Widerberg følger kvalitative forskningsopplegg som en rød tråd fra start til slutt (Widerberg 2005:166).

Alle informantene gav skriftlig samtykke til å ta intervjuene opp på lydbånd (se vedlegg 2). Hvordan påvirket dette intervjusituasjonen? For det fleste av informantene framstod dette som forholdsvis uproblematisk. De er alle i posisjoner hvor det er vanlig å forholde seg til taushetsplikt, og flere var eksplisitte på hvordan de på egenhånd ville regulere samtalen slik at ingen skulle komme til skade. Informantene var særlig opptatt av å verne om sine egne pasienter. Det var tydelig at informantene var trent i å holde tilbake informasjon om pasientene sine, og det er ingen avslørende informasjon om pasienter i mine transkripsjoner. Mitt etiske ansvar som forsker, knyttet til ivaretagelse av informantenes integritet, anonymitet og andre sensitive forhold, blir ikke mindre av den grunn. Det står fast. Men det er verdt å merke seg at de fleste informantene uanstrengt holdt tilbake informasjon de mente ikke skulle deles.

Informantene framstod å ha et ukomplisert forhold til lydopptak av intervjuene. Noen ganger kunne jeg komme i prat med en informant, også etter at båndopptakeren var slått av. Jeg merket meg i et tilfelle at samtalen da gikk litt lettere. Informant 9 var den eneste av informantene som eksplisitt var opptatt av at jeg måtte skru av båndopptakeren når hun var ute av rommet, og når telefonen ringte. Mitt inntrykk er at bruken av båndopptaker tilsynelatende ikke skulle innvirke stort på intervjusituasjonen. Men ved nærmere ettersyn i retrospekt, ser det ut til at båndopptaker likevel la en liten ”demper” på opplevelsen av fortrolighet i noen, men ikke alle, samtaler.

Jeg har transkribert alle intervjuene ordrett. Selv om dette er forholdsvis tidkrevende arbeid, opplevde jeg det som en styrke i analyseprosessen å kunne henvise til nøyaktig hva informantene sa. I bruken av sitater i oppgaven har jeg plukket ut gjentakelser av ord, og andre særlig muntlige vendinger. Men i hovedsak har jeg beholdt sitatene så nært sitt originale uttrykk som mulig.

2.6.1 Anonymisering

Et hovedprinsipp i forskningsetikk er at de som deltar i forskningen ikke skal ta skade av dette, verken under selve forskningsprosessen, eller i ettertid (Thagaard 2002). I min kontakt med sykehus har alltid anonymisering av informantene vært en klar betingelse. Jeg har også sett anonymisering som den mest effektive måten å verne om informantene på.

I denne sammenheng er det verdt å merke seg at det er få leger innenfor hver spesialisering i Norge. Disse møtes gjerne jevnlig på konferanser og gjennom foreninger. Slik er dette et tett og gjennomsiktig miljø. Den informerte leser vil, gjennom kombinasjonen av å vite informantens spesialisering, og hvilket sykehus og stilling den aktuelle informanten jobber på, fort kunne resonnerer seg fram til hvem det gjelder. Jeg har sett det som nødvendig å ta bort både spesialisering og sykehus for at anonymiseringa skal være reell.

I dette kapitlet har jeg forsøkt å skape troverdighet til forskningen. I den kvalitative metodelitteraturen henspiller begrepet om troverdighet på forskerens redegjørelse for selve forskningsprosessen (Thagaard 2002:170). Leseren skal selv kunne skille mellom data og forskerens vurderinger. Dette metodekapitlet har fokusert på å skildre omstendighetene rundt intervjusituasjon, og valg knyttet til etikk og innsamling av data.

3. Et fagstyre reiser seg

I en historisk yrkesgruppe som legene, følger det med tunge, men kanskje ikke så eksplisitt eller artikulerte forventninger, til hvilket arbeid og hvordan arbeid skal utføres. De to følgende kapitlene vil skissere en historisk gjennomgang av norsk offentlig sykehusvesens organisasjon, hvor også endringer i legerollen tidvis trer fram. Fra begynnelsen av århundret var det mange og små sykehus. Dette endret seg gradvis etter krigen, her framstår Karl Evang som en sentral figur. 1970-tallet kjennetegnes av et brudd i sykehusutviklinga. De romslige finansieringsordningene i denne perioden åpnet for utbygginger og en ny type sykehus. Det følgende kapitlet tar for seg sykehuset fra 1980-tallet og fram til i dag.

Overleger rundt 60 år i dag ble født på 40-tallet. Disse ble for eksempel spesialister i en alder av 30 år, det vil si rundt 1975. Blant informantene i denne studien gjør historien fra midten av 1900-tallet seg gjeldende. De faglige autoritetene fra denne tiden, informantenes mentorer, bar med seg, fortalte og formidlet noe som er forankret i denne perioden i norsk historie. Informantenes forståelse og perspektiver er langt fra identiske deres forgjengere. Likevel forholder informantene seg til fortellinger de har hørt. Noen av informantenes oppfatninger er indirekte farget av denne tiden. For å forstå leger i dag, er det ofte oppklarende å gjøre referanser til hva som skjedde i denne perioden – gjennom å markere likheter eller fremheve kontraster.

3.1 Etableringa av et offentlig helsevesen

Sykehusenes utvikling er et resultat av forhandlinger mellom ulike maktposisjoner. Allerede i etableringa av et offentlig helsevesen kommer det til syne grunnleggende spenninger. Vi skal se hvordan interessene til yrkesgrupper, politikere og befolkning langt fra harmonerer knyttet til sykehusenes oppbygning, virkemåte og generelle utvikling over tid. De grunnleggende spenningsforholdene har gjort at endring er et kontinuerlig trekk ved norsk offentlig helsevesen. Det er også verdt å merke seg at det, særlig i perioden etter krigen, har vært en eksepsjonell utvidelse av velferdsstatlige tjenester generelt, og sykehusene spesielt.

De første tiår av 1900-tallet var starten på et mer omfattende offentlig helsevesen i Norge (Byrkjeflot og Grønlie 2005). I denne perioden kom det en kvantitativ ekspansjon av

sykehussektoren. Det var nesten en dobling i antall enheter - fra 50 til over 90 - i perioden 1890 til 1920, og sammenlignet med andre land hadde Norge etter et godt utbygd helsevesen etter første verdenskrig. Administrativt ble dette ivaretatt kommunalt, så vel som statlig (Seip 1994:90). Finansieringssystemet gjennom etableringa av sykeforsikringa var det som virkelig gjorde at vi kan kalle dette et offentlig helsevesen. Loven om sykeforsikring trådte i kraft i 1911, og i 1920 betalte over 580 000 personer forsikringspremie (Berg 2006:13). Utbredelsen i seg selv gjorde dette til et sentralt og omfattende tema for den norske velferdsstaten.

Allerede ved innføringa av loven kom problematiske strukturelle spenningsforhold til syne. I 1912 skrev Sykeforsikringsbladet følgende:

I sykekassepraksis er der [...] tre parter: 1) Legen som utfører arbeidet, 2) pasienten som blir behandlet og 3) sykekassen som betaler regningen. Pasienten har rett til å påkalle legens arbeid så meget han vil. Hva det koster behøver ikke å interessere ham. Han får ikke engang se regningen, for den går direkte til den tredje part i trioen, sykekassen (Sykeforsikringsbladet sitert i Urdal 1961:116).

Situasjonen da, som i dag, var at verken de som utøver eller benytter helsetjenester står i noe direkte forhold til kostnadene for dette. Gitt populistiske tendenser hos politikerne, er det vanskelig å peke på hvem som skal begrense disse utgiftene. Spenningene mellom yrkesgrupper, politisk myndighet og befolkning ser ut til å være forankret i selve ideen om et offentlig helsevesen.

3.1.1 Det tidlige sykehuset

Staten brukte betydelige midler på sykehusutbygging og helsetjenester fram mot 1940⁴ (Schjøtz 2003:319-320; Seip 1994:119). Utbygginga bar imidlertid preg av tilfeldigheter og lokalt initiativ. Hvor store sykehusene var, og hvilke sykdommer de kunne behandle var forholdsvis tilfeldig. Det var ingen klar lovregulering knyttet til hvem som stod ansvarlig for å bygge og utvikle sykehusene. Kommuner og private organisasjoner gjorde som best de kunne. Begrensinger knyttet til samordninger av ressurser og overordnet planlegging kan være noe av grunnen til at mange av sykehusene bare hadde mellom 8-10 sengeplasser. Det var med andre ord mange små enheter, ikke få store. Det var disse sykehusene som tok seg

⁴ Nordby (1989:80) forklarer dette delvis ut fra keynesiske strømninger i Arbeiderpartiet på denne tiden.

av mange alvorlige og akutte, medisinske situasjoner i Distrikts-Norge (Schjøtz 2003:319-320).

På sykehusene var det overlegen som styrte praksisen, uten noen form for organisasjon over seg. De stod ansvarlige hovedsakelig overfor seg selv, og gjorde prioriteringer på egne faglige premisser (Berg 2006:26-27). Små enheter skapte heller ikke de store administrative behovene, dette kunne overlegen lett håndtere ved siden av full klinisk stilling.

Utfordringene knyttet seg til særlig til legemangel. De få legene som var på sykehus måtte stort sett ta beslutninger alene, og håndtere et bredt spekter av ulike medisinske disipliner. Dette var en ensom og autoritær rolle, både statlig detaljstyring og pasientrettigheter var noe som lå langt unna (se Frisvold 2006; Steinholt 2006).

3.1.2 Maktforhold

I løpet av hundreåret er det verdt å merke seg hvordan linjene mellom de tre aktørene endrer seg. I perioden før andre verdenskrig er det tydelig hvordan legene har en sterk posisjon lokalt. Styrken lå, som vi skal se, i måten prisene for behandling ble organisert. Men legene var i mindre grad til stede i den sentrale, overordnede utforminga av helsetjenestene, som skjedde blant politikere og på departementsnivå. Det var her de reelle styringsbeslutningene blir tatt. Opp mot krigen forsøkte legene å bedre sin posisjon. I det videre skal jeg gjennomgå noen strukturelle trekk som la premisser for maktfordelinga i den nevnte trio.

Prisen for helsetjenestene ble forhandlet fram mellom legene (organisert i den nasjonale legeforeningen) og den enkelte kretssykekasse. Dette var en forhandlingssituasjon i legenes favør. Da sykeforsikringsloven trådte i kraft, hadde allerede legeforeningen forberedt hva de mente var rimelige takster. De lokale kretssykekassene møtte godt forberedte og organiserte leger (Urdal 1961:11). Styrkeforholdet i forhandlingene etablerte gode forhold for legene. Inntektene som ordningen genererte gav romslige forhold til klinisk virksomhet og stort rom for autonomi (Berg 1991:155). Selv om ordningen var romslig, var legene på sykehus noe dårligere stilt enn leger i privat praksis. Kurpengeordningen dekket bare behandling, ikke utlegg til driftskostnader, rentekostnader eller sykehusanlegg (Berg 2006:26-27). Dette førte igjen til vanskeligere forhold for utbygging av større enheter og annen medisinsk investering.

Legenes sterke forhandlingsposisjon skapte gnisninger. Staten subsidierte store deler av sykekassene, og ville gjerne ha kontroll med utgiftene. Gunnar Knudsen (statsminister to ganger, fra 1908 til 1910 og 1913-1920) omtalte Legeforeningen som landets mektigste og mest hensynsløse forening (Berg 2006:17). Takstene forhandlet fram av legene ble sett på av politikere og de lokale kretssykekassene som urimelig høye, og legene ble i Sykeforsikringsbladet misstenkeliggjort for å gjøre mest mulig ut av hvert sykdomstilfelle (Urdal 1961:115). Det var altså betydelig skepsis blant politikerne til måten finansierungsordningen var lagt opp på, og de ønsket, i likhet med i dag, mer kontroll over utgifter.

Tross legenes sterke organisering og posisjon på lokalt nivå var de i liten grad formelt involvert i utforminga av helsetjenestene. Sosialdepartementets medisinalavdeling kom med innspill og utformet helsetjenestens nye lover. Her jobbet juristene. Deres fokus var ivaretagelsen av politikerne som ansvarlige for helsetjenestene i Norge. De var også opptatt av at lovtekniske forhold måtte tas hensyn til, og at det måtte gjøres riktige prioriteringer mellom økonomi og medisin.

Legene befant seg i medisinaldirektoratet, som lå utenfor departementet, og direktoratet hadde en ubetydelig politisk funksjon (Nordby 1987:301). Legene anså denne delingen som lite heldig, det var tross alt i medisinaldirektoratet den medisinske fagkompetansen lå, mens det knapt arbeidet leger i departementet. Ambisjonen var at faglig skjønn skulle spille en mer vesentlig rolle i utforminga av politikken. Legeforeninga foreslo derfor allerede ved opprettelsen av departementet i 1891 å slå sammen direktorat og departement, forslaget ble gjentatt i 1912 (Nordby 1987:302). Departementet var bekymret for at økonomiske og juridiske hensyn ikke skulle bli tatt hensyn til av legene, og begge forslagene ble avslått⁵. Avslaget var ikke noen tillitserklæring, og det var skarpe kanter mellom leger og politikere. Medisinaldirektoratet uttalte: ”Det burde være en allment anerkjent sak at alle helsespørsmål aldri måtte få lov til at bli inficeret av politisk smittestof” (Seip 1994:92).

⁵ I 1922 foreslo faktisk forvaltningen selv å slå direktorat og departement sammen, men daværende medisinaldirektør avslo dette med begrunnelse i egen manglende juridisk kompetanse. En påfallende passiv holdning (Nordby 1987:302), som ikke skulle kjennetegne Karl Evang, medisinaldirektør fra 1938 til han gikk av med alderspensjon i 1972.

Legene var godt kollektivt organisert gjennom legeforeningen. Erfaringene legene i distriktene gjorde seg med alvorlige akutte behandlinger, med begrenset utstyr, må ha skapt et behov for bedre organisatoriske sykehusløsninger. Legeforeningen som organisasjon ble en kanal som kunne skape strukturell endring på bakgrunn av aktørers erfaringer.

Utover 1930-tallet kom det i gang komitéarbeid fra legehold, for å bygge en argumentasjon for å samle departement og direktorat (Nordby 1987:302-304). Socialistiske Lægers forening, med Karl Evang som formann, leverte en innstilling til Legeforeningens landsmøte i 1938, og denne ble enstemmig vedtatt. Innstillingen vektla en sterkere sentralisering av helseoppgavene, og en ”mer hensiktsmessig avveining i forholdet mellom den medisinske og juridiske fagkunnskap” (Nordby 1993:107).

Stillingen som medisinaldirektør ble ledig i 1938, en stilling Evang søkte og fikk. Med utgangspunkt i god forankring lokalt, og en sterk organisasjon, kunne legene søke oppover i forvaltningen. Evang og legene ønsket at det var faglige vurderinger som skulle ligge til grunn for utviklinga av helsevesenet. De så for seg at medisinaldirektoratet skulle utføre den dobbelte oppgave både som initiativtager og administrasjonsorgan (Nordby 1993:107).

Evang hadde et reformistisk program, men fikk ikke gjort mye før krigen brøt ut. Ved krigsutbruddet måtte den norske administrasjonen, inkludert Evang, flykte utenlands. Som en prøveordning ble direktorat innlemmet i departementet i krigsperioden. Ordningen ble sett på som vellykket og videreført etter krigen (Nordby 1987:305-307; Nordby 1989:122).

3.2 Etterkrigstida

Med legeforeningas og Evangs arbeid for en sammenslutning av direktorat og departement ønsket legene å styrke sin mulighet til å utforme helsepolitikken. Aldri har legene som yrkesgruppe stått så sterkt overfor forvaltningen som den gjorde i perioden etter krigen. Det oppsto eksplisitte diskusjoner om fagstyre versus folkestyre (Seip 1994:318). På departementsnivå tok denne konflikten tydelig form. Juristene mente de ankomne medisinerne ikke tok tilstrekkelig hensyn til lovtekniske og økonomiske forhold. Medisinerne, og her særlig representert ved Evang, svarte med at det nå var de spesialsakkyndige i helsespørsmål som hadde ansvar for helsetilbudet i Norge (Nordby 1987:317;322).

Hva var legenes prosjekt i denne perioden, og hva fikk de til? Karl Evang er en sentral skikkelse her. Med sin tydelige posisjon og personlighet framstår han fort som et enestående individ. Det var han også, men poenget i denne teksten er å vise at innholdet i mye av det Evang mente, i stor grad også var påvirket av tiden han levde i. Særlig i utviklinga av sykehus og helsetjenester hadde Norge utfordringer, som enhver i Evangs posisjon måtte forholdt seg til. Det var heller ikke så underlig at han mente det han mente i flere slike spørsmål. Individet Karl Evang er kanskje mest synlig i hans systematiske oppbygning av en fagorganisasjon. Den strategiske plasseringa av leger i nøkkelposisjoner i forvaltninga for å sikre medisinske hensyn i saksbehandling og prioriteringer vitner om en betydelig teft for politikk og spillet man her er en del av. Etter krigen hadde som nevnt legene en sterk posisjon lokalt, men stod fjernere fra innflytelse i sentralforvaltninga. Etter Evangs systematiske tilnærming, hadde legene en svært sentral posisjon i også der. Perioden etter krigen er av historikeren Trond Nordby karakterisert som ”profesjokratiet” eller ”fagstyrets høyborg” i norsk helsevesen (Nordby 1987, 1993).

I avsnittene som følger skal jeg vise hvordan legene - med Evang i spissen, etablerer seg med tyngde i statsapparatet. Det blir færre og større sykehus, og den medisinske spesialiseringa skyter fart.

Tida etter krigen var et nytt politisk klima i Norge. Bygging av landet, og Arbeiderpartiets ideologi om et planstyrt samfunn, åpnet for at eksperter ble trukket inn i politiske avgjørelser (Nordby 1993:106). Evang og legene fikk en sentral posisjon i forvaltningen. Tida etter krigen hadde også skapt og synliggjort et behov om sikring av trygghet og stabilitet for framtiden (Seip 1994:140). Tung fundering i befolkninga knyttet til opprettholdelsen av velferdstjenester førte til at det nesten ble en sportslig øvelse for sosialdemokratiske så vel som borgelige partier å overby hverandre i å tilby sosiale tjenester til folket utover 50- og 60-tallet (Seip 1994:360). Generelt kan man si at Evang hadde god ideologisk konjunktur i tida rett etter krigen. I denne perioden var det ressursene som manglet. Utover 60-tallet kom ressursene, men da hadde det blitt et ideologisk skifte (Nordby 1987:316).

3.3 Etableringa av en fagorganisasjon

Evang kom tilbake fra utlendighet i 1945, med klare ambisjoner om å utrette mye for helsevesenet i Norge, dette gjaldt et bredt spekter av både forbyggende helsearbeid,

primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Her skal vi fokusere på spesialisthelsetjenesten, og hvordan Evang så sin egen yrkesgruppe i forhold til utarbeiding og gjennomføring av sine ambisjoner. Etter sammenslåingen av direktorat og departement hadde han i formell forstand en begrenset maktposisjon. Men dobbeltstillingen som både direktør og ekspedisjonssjef bar med seg stort potensial, som Evang utnyttet. Kombinasjonsstillingen gav ham en tydelig stemme, og en kanal direkte inn i de politiske sfærer (Seip 1994:318).

Systematisk begynte Evang å plassere medisinere i sentrale posisjoner i statsforvaltningen. Han mente det var nødvendig ”å føre fagfolk direkte inn i administrativt ansvar” (Seip 1994:318). Rekrutteringsstrategier knyttet seg til å plukke unge leger med gode eksamensresultater, gi dem stipender til Public Health-utdanning i USA, for så ansette dem som fylkesleger eller i direktoratet. På den måten sikret han at medisinske hensyn fikk prioritet i saksgang (Nordby 1987:314). Denne hierarkiske helseorganisasjonen, med direktoratet på toppen, førte til at legeprofesjonen krøp så å si inn i stasapparatet, administrasjon og politikk ble ett (Schjøtz 2003:345). Det lå til rette for en samhandling og koordinering av helsetjeneste- og sykehusutbygging som ikke hadde vært til stede tidligere.

3.4 Inspirasjon fra andre land

Hvilke impulser kunne Evang, legene og politikere støtte seg på og navigere etter i etterkrigstida? I den følgende framstillinga viser jeg til tankegods fra tre andre land, USA, Storbritannia og Sverige, som ser ut til å ha hatt en innvirkning på den norske utviklinga.

3.4.1 USA

På de strukturelle og organisatoriske områdene var det vanskelig å finne inspirasjon fra USA. De norske velferdsstatlige tradisjonene skiller seg fra den amerikanske modellen. Evang, i kraft av at Norge var alliert med USA under krigen, kom i denne perioden i kontakt med universitetsmiljøer, blant annet på Stanford, som rettet blikket mot administrative sider ved medisinen. I disse miljøene opererte man gjerne med et bredere helsebegrep som innebefattet oppgaver som å kurere, vite, forutsi og *organisere* (min utheving, Nordby 1987:311). Ansvarsområdet Evang mente legene hadde, var betydelig mer omfattende enn

kun behandling og diagnostisering. Dette ser ut til å ha vært en viktig motivasjon for den helseorganisasjonen vi har sett han bygde opp.

Evang så det som at hele samfunnet var avhengig av god helse, og at dette ikke bare rettferdiggjorde, men også var en plikt for legen aktivt å skape forholdene som skulle ligge til rette for dette. Her bres ut et medisinsk mandat som berører store deler av samfunnsoppbygningen etter krigen.

3.4.2 Sverige

Mens situasjonen i Norge var preget av at ingen hadde det formelle ansvaret for utbygging og drift av sykehus - dette var som nevnt forholdsvis tilfeldig initiert - var situasjonen en annen i Sverige. Allerede ved opprettelsen av fylkene (eller amtene) i 1862, var skjøtting av helsetilbudet en viktig oppgave. Videre hadde fylkene også en forholdsvis selvstendig økonomi gjennom at de var direkte mottakere av skatt, og de var autonome gjennom egne valg (Lindgren 1995:245-246).

Før krigen jobbet kun et fåtall av legene i Sverige på sykehus, grunnet den beskjedne utbyggingen av disse. I løpet av 50-tallet bestemte den svenske stat seg for å satse på sykehusutbygging (Garpenby 1989:90). Ytterligere ressurser ble kanalisert gjennom fylkene for å virkeliggjøre ambisjonene. I 1960 hadde sykehusutbyggingen resultert i at legefordelingen i landet var reversert. Da jobbet 50 % av svenske leger på sykehus, og det oppstod legemangel i distriktene. Sverige hadde slik etablert sykehusene som ryggraden i helsevesenet (Lindgren 1995:246-247), med fylkene som den tydelige administrative enheten.

3.4.3 Storbritannia

Mens det i Sverige var det offentlige som hadde hatt ansvar for helsetilbudet i lang tid, var det private aktører som hadde båret fram dette i Storbritannia (Garpenby 1989:90). Under krigen hadde Storbritannia blitt smertelig klar over forskjellene i helsetilbud mellom fattige og rike, og med Health Service Act (vedtatt i 1946, innført i 1948) var det dermed en uttalt ambisjon at alle skulle ha tilbud om et gratis helsevesen. Reformen gjorde at over natta i juli 1948 skiftet 1 143 frivillige/uavhengige sykehus med 90 000 senger, og 1 545 kommunale sykehus med 390 000 senger, arbeidsgiver. Fra da av styrte staten (Garpenby 1989:75).

I Norge og Sverige var det en tung satsning på sykehus og legemangel i distriktene. Det er verdt å merke seg at Storbritannia i denne perioden formaliserte fastlegeordningen. I det hele tatt var det en ganske markert legegruppe som utgjorde primærhelsetjenesten, en gruppering som var ikke var i like stor grad til stede i Norge og Sverige. Kanskje er dette en grunn til at det i utbygginga av helsetilbudet var det to tydelige pilarer, en i og en utenfor sykehus i Storbritannia (Garpenby 1989:79-80).

3.5 Norsk sykehusutvikling

Hva slags helsevesen ville Evang bygge? Her er det et spenningsfelt mellom ”å la de få syke dø, så de mange friske får leve” (Nordby 1987:319). Dette ble ikke løst som et enten-eller spørsmål. Begge deler ble gjort (Nordby 1989:319-320). Det skjedde altså en opprustning av både primær- og sekundærhelsetjenesten. Vi skal i det videre fokusere på sekundærhelsetjenesten, altså sykehusene. Det var i etterkrigstida en optimistisk tro på at vitenskap skulle løse sosiale problemer. Å tilby de beste tekniske løsningene og det nyeste og beste av medisinsk vitenskap stod sentralt. Troen på det store kurative sykehuset ble viktig.

Det var langt fra alle legene som var enige i Evangs prioriteringer av sentralisering og satsning på sykehus. Legene kan ikke forstås som en entydig størrelse i disse spørsmålene (Nordby 1987:320-321). Evang skapte likevel et tungt press, og arbeidet hardt for å nå sine mål gjennom 40-, 50-, og 60-tallet. Det kontinuerlige presset kombinert med endringene som faktisk skjedde, resulterte i at planleggingen i perioden framsto som en ”statisk”, heller enn ”strategisk” situasjon (Seip 1994:320-322). Endringer og omskiftninger var i denne perioden dyptgående og kom raskt. Dette er et vedvarende kjennetegn ved norske offentlige sykehus.

Det var en voldsom vekst i helsevesenet i denne perioden. Andelen av bruttonasjonalprodukt brukt på sosiale utgifter var på 5,8 % i 1948, dette økte til 10,4 % i 1964, og 14,7 % i 1970 (Berg 2006:29). Antallet helsepersonell vokste fra 33 000 til ca. 80 000 personer fra 1946 til 1975 (Seip 1994:325).

I 1962 slo Evang likevel fast at det fremdeles var mangel på legespesialister (Schiøtz 2003:325). Første skritt på veien var å utdanne flere leger. I 1960 var det 3 844 yrkesaktive leger i landet, mot 5 196 i 1970 (Berg 2006:31). Her er det verdt å merke seg at i Sverige

hadde man tatt beslutninger om å jobbe systematisk med dette allerede på 50-tallet. I Norge var det fremdeles for mange og for små sykehusinstitusjoner til at grunnlaget for å nå spissere spesialisering var til stede.

Ettersom flere leger kom til, ble hovedproblemet mangler ved selve sykehusinstitusjonene - de fysiske fasilitetene. Dette krevde omfattende finansielle investeringer, et viktig element her var et det ikke var noen sykehuslov som regulerte hvem som hadde ansvar for å gå inn med midler. Etableringa av store kurative sykehus var for omfattende til at det kunne overlates til mer eller mindre lokalt initierte og forpliktende samarbeidsavtaler mellom private, kommune, fylke eller stat. I Storbritannia var dette aspektet avklart etter at Health Service Act trådte i kraft i 1948, i Sverige i løpet av 50-tallet. Igjen lå Norge etter utviklinga i andre land.

Siden sykehusene som regel var dannet på bakgrunn av initiativer fra for eksempel private, kommuner eller fylker, og siden Norge manglet en sykehuslov, hadde ikke staten noen direkte inngripen i det som skjedd på sykehus og klinikk. Derfor drev også overlegene klinikken som halvt privatpraktiserende innenfor sykehuset som ramme (Berg 2006:46). Denne autonome rollen passet mange leger godt. Og det var ikke slik at alle leger støttet opp om graden av sentralisering og påtrykket for offentlig finansiering som det direktoratet med Evang i spissen, gjorde (Nordby 1993:111).

Videre var det også i tiden fram mot 1970 et ideologisk skifte i politikken. Et uttrykk for dette kan ses gjennom innføringa av ombudsmannsloven (1962) og forvaltningsloven (1967). Disse gav større innsyn og kontroll til politikerne, og begrenset fagstyrets (direktoratets) fullmakter. Det var politiske betenkeligheter mot fagstyre generelt (Nordby 1987:321). Snart ble det gjort tiltak overfor både direktoratsnivået og på klinikken.

3.6 De store endringene på 1970-tallet

Fram mot 1970 ble det gradvis større sykehus, men utviklinga var langt fra så koordinert og sentralstyrt som Evang ønsket seg. Lovverket for systematisk å sette i gang med utbygging manglet som sagt. Det ble flere leger, men antallet spesialister var begrenset. Bruddet kom med sykehusloven i 1970.

I Norge hadde man alt i 1930 startet arbeidet med å lage en landsplan for sykehusene, i 1950 ble det foreslått å sette ned en lovkomité. Arbeidet med sykehusloven gikk sakte framover, og selv om Evang og direktoratet presset på trådte ikke denne loven i kraft før i 1970 (Nordby 1989:179-180). Lovarbeidet strakk seg altså over flere tiår, og den trådte i kraft 22 år etter den britiske reformen, som regulerte mye av det tilsvarende⁶. Det lå lenge i kortene at fylkene, som i Sverige, skulle få ansvaret for sykehusene. Fylkene turte imidlertid ikke å sette i gang med omfattende investeringer før finansielle og lovtekniske forhold var avklart.

Med denne loven blir ansvarsfordeling knyttet til sykehus lovfestet. Vi skal se at dette gir næring til en voldsom vekst, som også fører til at sykehus i Norge blir kvalitativt andre organisasjoner enn de var tidligere. Det er i denne perioden det sykehuset vi kjenner i dag vokser fram, dette sykehuset skal i detalj beskrives i neste kapittel. I nåværende kapittel skal vi se nærmere på hva som skjedde i 1970-åra, og oppsummere legenes posisjon så langt.

Fylkesenhetene tilsvarte passende geografiske- og befolkningsstørrelser i Evangs plan om sentralsykehus (Seip 1994:322). Fylkene hadde fått egne valg, og skjøttet også en egen skatt. De framstod som langt mer selvstendige og aktive aktører enn tidligere (Grønlie 2004:38). Som presisert tidligere ventet fylkene med utbygging av sykehus til finansieringsnøkler og lovtekniske forhold var endelig avklart (Schjötz 2003:325). Den lange saksbehandlingen av sykehusloven ga imidlertid fylkene god tid til å planlegge. Når loven først kom, var alt lagt til rette, og utbyggingene kom svært raskt.

I gjennomsnitt lå utgiftsveksten på driftssiden på 20 % hvert år i årene 1970 til 1974, og den store utbyggingen etter den andre ble virkeliggjort (Schjötz 2003:328 og 379). De autonome fylkene kombinert med finansieringsmodellen, skapte en situasjon med massive utbyggingstiltak. Dette hang sammen på følgende måte: den tidligere kurpengeordningen dekket ikke utbyggings- og driftsutgifter, bare behandling. Etter 1970 dekket folketrygden 75 % av alle driftsutgifter på sykehus, dette skulle økes til 85 % innen 1975. Av anleggsutgiftene skulle bare to tredjedeler nedskrives og forrentes over driftsregnskapet. Dette var en vesentlig økning av ressurser til sykehusene (Schjötz 2003:328). I inndekningen av de resterende 25 % av utgiftene kommer fylkenes selvstendige rolle inn i bildet. Fylkene

⁶ Her er det verdt å merke seg at det jo var et helsetilbud og sykehus i Norge selv om det ikke var noen lov som regulerte dette. Poenget her er graden av koordinering og planlegging i dette arbeidet. Noe som også hadde innvirkning på hvilke tilbud som kunne bli realisert.

skulle selv betale denne resterende biten. Dette betydde at (folke-)rike fylker, med betydelige skatteinntekter, svært billig kunne bygge ut virkelig store sykehus. De ”sopte til seg” ressurser fra staten (Schiøtz 2003:379-380).

På personellsiden var ekspansjonen intens. Yrkesaktive leger totalt steg fra 5 196 i 1970 til 8 311 i 1980 (Berg 2006:31). Antall legestillinger i somatiske sykehus i perioden 1967 til 1980, økte fra 1 682 til 3 112 (Schiøtz 2003:381). Godt over halvparten av de nye legene endte i sykehusene, noe som nesten tilsvarte en dobling i absolutte tall. Sykehusene kunne med dette bruke leger på en annen måte en tidligere.

3.6.1 Et nytt sykehus etableres

Verken før eller etter 70-tallet har den medisinske selvbestemmelse hatt så få økonomiske begrensninger. Handlingsrommet for medisinske fagprioriteringer toppet seg i denne perioden (Berg 1991). Det var en kjempevekst, som skapte et kvalitativt annerledes sykehusvesen. Større bygningsmasser, mer bruk av teknologi, og kvantitativt flere og spissere spesialisert personale skapte et sykehus som var mer komplekst enn tidligere (Schiøtz 2003:379). Det er etter sykehusloven i 1970 at antallet spesialiseringer og avdelinger når et slikt nivå at det blir nødvendig med mer intensiv koordinering mellom dem. Virksomheten i en avdeling ble avhengig av samarbeid med personale i en annen. Fra og med sentralsykehusene på 70-tallet blir det derfor et større behov for effektiv administrativ styring. Denne utviklinga muliggjorde også at ambisjonen om at fagfronten skulle tilbys folket ble oppfylt.

Et nytt sykehus kom til syne, men betingelsene på systemnivå var endret. Sykehusloven impliserte at sykehus var som ”vanlige” organisasjoner å regne, og at fylkene skulle styre disse som de styrte på andre områder (Berg 2006:53). Det gikk både en administrativ linje fra fylkesmannen, og en politisk linje fra fylkestinget, direkte til sykehusdirektøren. Slik sett var sykehuset under dobbelt ledelse i denne perioden, en administrativ og en politisk (Berg 2006:53). Med en slik desentralisering blir heller ikke maktforholdene mellom direktorat og departement like sentrale som tidligere. Fylkesnivået blir et viktigere nivå i konfliktlinjene, og i den dobbelte styringa av sykehusene er det verdt å merke seg at medisinerne ikke hadde noen formell posisjon. Etter Evangs avgang i 1972 blir også legenes posisjon i staten svekket. Fra og med 1983 var heller ikke helsedirektoratet et blandingsdirektorat, det settes ut som en selvstendig enhet (Nordby 1987:323).

Systemet etter sykehuslovens innføring tilsa strammere politisk og administrativ styring av sykehusene, og større behov for koordinering. De meget romslige finansielle ordningene skapte ekspansjon på fagets premisser i starten av perioden. Vanskeligere ble det når pengene begynte å ta slutt, andre utfordringer dukket også opp.

En følge av finansieringsmodellen var den nevnte veksten, en annen var fordelingskrisen (Seip 1994:355). Befolkningsrike fylker hadde tatt for seg av statens midler. Mindre ressurssterke fylker kunne ikke ta del i samme utvikling. Resultatet var mange leger i byene, men for få i distriktene, særlig i nord⁷. Velferdsstatlige prinsipper om likhet og tilgjengelighet for alle ble ikke ivaretatt. De faglige prioriteringene som kjennetegnet utbygginga førte til voldsomme lokale protester ettersom småsykehusene ble lagt ned til fordel for de store sentraliserte sykehusene (Schiøtz 2003:376-378). Fagstyret var på kollisjonskurs med demokratiske interesser - befolkningen.

Den enorme økningen i utgiftene førte også til at politikerne ble lydhøre for økonomiske argumenter. Bremsene ble satt på. Folketrygdens refusjonssats som hadde vært på 75 % i 1970 ble senket til 50 % i 1977 (Schiøtz 2003:380), og i 1980 ble hele finansieringsordningen omgjort til rammebevilgninger⁸.

3.7 Oppsummering og diskusjon

I innledningen til dette kapittelet hevdet jeg at sykehusets utvikling også var en historie om maktforhold. I perioden fra innføringa av sykeforsikringa var det lite som utfordret legenes definisjonsmakt og forståelser av hva som skulle skje på klinikken. Her styrte overlegen i forholdsvis ensom majestet, og sykehuset utvikling som institusjon var overlatt til seg selv. For å finne konfliktlinjene måtte vi gå høyere opp i systemet. Yrkesgrupper og politikk møttes ikke direkte før på direktorats- og departementsnivå.

I perioden fram mot andre verdenskrig hadde altså legene en sterk lokal posisjon, men var i mindre grad deltakende på overordnet systemnivå knyttet til utviklinga av helsetjenester i

⁷ Se også tallene om vekst i antall yrkesaktive leger i eget avsnitt, det er påfallende at så stor andel av veksten tilfaller sykehusene, og dermed også byene.

⁸ Rammebevilgninger og forskjellen mellom denne og kurpengeordningen kommer jeg tilbake til i avsnittene som omhandler 80-tallet, i neste kapittel.

Norge. På tross av sterkt påtrykk fra legene selv, ble de holdt unna viktige posisjoner i departementene. Det var her overordnede deler av utforminga av helsepolitikken fant sted. Juristene jobbet i departementet og så sine ansvarsområder truet, videre var de skeptiske til hvorvidt legene var villige til å ivareta lovtekniske forhold og økonomiske prioriteringer. Politikerne var også bekymret for hva slags økonomisk situasjon et legestyre ville føre med seg. Skarpe kanter og konflikt preget perioden. Fram mot krigen utarbeidet legene klare ambisjoner om at faget skulle legge premissene for utviklinga av helsevesenet i Norge.

Etter krigen var det et nytt politisk klima. Bygging av landet, og Arbeiderpartiets ideologi om et planstyrt samfunn, åpnet for at eksperter ble trukket inn i politiske avgjørelser (Nordby 1993:106), og legene fikk en sterk posisjon (Schiøtz 2003:345). Med dette fulgte en periode med medisinske prioriteringer i høysetet for utviklinga av helsetjenester i Norge. Innføringa av sykehusloven var den ultimale oppfyllelsen av dette. Et kvalitativt nytt sykehusvesen etablerte seg i løpet av dette tiåret.

Ressursbruken som denne måten å styre på førte til lot seg imidlertid vanskelig forsvare. Kursen ble lagt om med innføring av rammefinansiering i 1980. Videre fikk fagstyret et ytterligere støt ved at helsedirektoratet som lenge var slått sammen med departementet, ble skilt ut som egen enhet i 1983 (Nordby 1993:106).

Utskillinga av direktoratet svekket legenes stilling overfor politisk myndighet. Dette, og innføringa av sykehusloven i 1970, flytter på den nevnte konfliktlinja. For det første kunne legene tidligere sette trykk på politiske prosesser ved at Karl Evang "marsjerte inn" på ministerens kontor. Utskillingene av direktoratet gjorde at dette ikke lenger var mulig. For det andre er det vanskeligere å sette trykk på alle de ulike fylkene, framfor en helseminister. Legenes påvirkningsapparat overfor forvaltningen ble med gjennom disse to grepene satt betydelig mer til siden.

1970-åra var et tiår med store omveltninger i sykehussektoren. Siden denne perioden er et brudd med utviklinga, la oss trekke noen tråder og undersøke hvordan legens posisjon som systemforvaltere av helsevesenet ser ut. Som nevnt i innledningskapittelet blir yrkesgruppers vekst og fall blir i sosiologien ofte å finne i deres erobring eller tap av bestemte arbeidsoppgaver, en type sosial lukking omkring en krets eller knippe av oppgaver som endrer seg over tid (Kjølørød 2003; Abbott 1988).

For legenes del var innsatsen på 30-tallet knyttet til innlemming av direktoratet i departementet et eksempel på et vellykket krav om hvilken yrkesgruppe som skal skjøtte ansvaret for helsevesenet. Legene styrket sin stilling overfor juristene, og legene opprettholdt denne posisjonen i store deler av etterkrigstida. Legene hadde anledning til å gjennomføre strategier som også gjorde seg gjeldende for helsevesenet i stort, ikke bare lokalt på klinikken.

Det er ulike arenaer hvor jurisdiksjonelle krav kan ytres. Typiske eksempler på slike arenaer er for det første i loven (som for eksempel legenes beskyttelse fra andre yrkesgrupper gjennom loven som forbyr kvakksalvere), for det andre på arbeidsplassen (man kan vise gjennom praktisk arbeid hvordan en yrkesgruppes kompetanse og forklaringsmåte er overlegen en annens), og for det tredje i offentligheten (man kan ta del i det offentlige ordskiftet og argumentere for ens yrkesgruppes overlegenhet knyttet til bestemte oppgaver eller ansvarsområder) (Abbott 1988:59). Dette er arenaer hvor disputer om jurisdiksjon utspilles.

Når vi gjør opp status mot slutten av 1970-tallet, ser legenes jurisdiksjon som systemforvaltere ut til å være i endring. I offentligheten er befolkningen bestyrtet over nedleggelse av lokalsykehus, til fordel for de store sentralsykehusene. På denne media-arenaen er legene på vikende front. Videre sikret ikke sykehusloven legene en tydelig stemme i forhandlinger på sykehuset. Den dobbelte styringa har ikke formelt plass til medisinerne, og overlegene blir ansatte på lik linje med andre arbeidstagere i fylkeskommunen. Staten har her skapt en lov som endrer legenes status knyttet til kontroll og organisering av eget arbeid betraktelig.

Den enorme utgiftsøkninga utover 70-tallet gir troverdighet til juristenes, økonomenes og finansdepartementets argumenter om at leger ikke klarer å balansere eget fag og økonomiske realiteter. Forstår vi direktorat og departementer som arbeidsplasser, ser det her ut til at oppgavene som skal løses her bedre kan håndteres av andre enn legene. Litt forenklet kan vi med dette si at på slutten av 1970-tallet ble legenes rolle som systemforvaltere utfordret fra flere kanter. Av befolkningen gjennom offentligheten, av staten gjennom loven, og av yrkesgrupper som økonomer og juristene på arbeidsplassen. Retten til å bedømme hva som var bra, dårlige eller gode nok helsetjenester, var ikke en posisjon legene kunne holde alene. Tiltroen til vitenskap og framtidsoptimismen legene kunne sole seg i rett etter krigen, var ikke nok til å beholde posisjonen som overordnede systemforvaltere på samme måte noen

tiår etter. Dette støtter oppunder Abbotts poeng om at jurisdiksjoner kontinuerlig må opprettholdes (Abbott 1988:141).

Med dette går historien over i en ny fase. Begrensninger av utgifter blir viktigere og viktigere, og i 1980 innføres rammefinansiering. Problemer knyttet til helsekøer skaper også bevegelser i prioriteringer og styring i helsevesenet. Vi har allerede sett hvordan andre yrkesgrupper og aktører på 70- og 80-tallet begynner å markere seg overfor styring av sykehus. I neste kapittel skal vi se hvordan disse ytterligere styrker sin posisjon, og at en økende pluralitet av ulike yrkesspesifikke retorikker og andre aktører gjør seg stadig mer gjeldende. Dette skjer innenfor rammene av en organisasjon som er kvalitativt annerledes enn den legene har befunnet seg i til nå.

4. Det nye sykehuset

I løpet av 1970-tallet kom sykehusenes lovgivende og finansielle rammebetingelser på plass, og disse førte til at en større og mer kompleks organisasjon vokste fram. Økt funksjonsdeling, mer spesialisering og ny teknologi gjorde at en rekke nye yrkesgrupper markerte seg på sykehuset⁹. Sykepleierne og andre etablerte yrkesgrupper hadde bygget seg sterkere organisasjoner i løpet av 1970-tallet, og de synliggjorde dermed i større grad sin kompetanse og posisjon på arbeidsplassen (Mo 2006:48-49). Sentralsykehusene som vokste fram skilte seg sterkt fra sykehusene med 8-10 senger som var vanlige 40 år tidligere. Kompleksiteten skapte et intensivt behov for koordinering og administrering, og er derfor et viktig moment i byråkratiseringa av sykehuset.

Byråkratiseringa karakteriseres ikke bare av økt kompleksitet, men også av nye former for økonomisk styring. Eskaleringa av utgifter i sykehusene på 70-tallet skapte et tungt behov for å begrense kostnader. For politikerne spilte økonomi en stadig viktigere rolle, og økonomene som yrkesgruppe fikk dermed styrket legitimitet og posisjon overfor sykehusene. Innsparinger og effektivisering hadde klar innvirkning på sykehusorganisasjonens utvikling. Det er verdt å merke seg at dette presset genererte en spesifikk form for organisering. Effektiviseringspåtrykket skapte et ønske om strammere retningslinjer ovenfra, gjennom mer kontroll og detaljstyring. Dette førte til krav om standardiserte kvalitetsindikatorer og tydeligere og mer eksplisitt lovgivning. Den historiske redegjørelsen som følger vil vise hvordan reformene og styringsmodellene som ble innført i sykehussektoren utover 80-, 90-, og 2000-tallet på et overordnet nivå bidro til en økende byråkratisering av sykehusene – til tross for at de var svært forskjellige i innhold¹⁰.

I denne perioden vokser også den todelte organisasjonen som ble redegjort for i innledningskapittelet fram. Vi får en formelt hierarkisk og byråkratisk organisasjon på den ene siden, og en profesjonsorientert organisasjonstype på den andre.

⁹ Se for eksempel Sætnan (1998) for en beskrivelse av komplekse og sterke yrkesgruppeposisjoner på sykehuset på 80-tallet, særlig side 205-210.

¹⁰ At det er byråkratisering heller enn for eksempel en ren markedsliberalistisk utvikling som kjennetegner sykehusene, er et argument også Kjekshus viser til (Kjekshus 2003).

4.1 1980-tallet – Opptakten til det nye sykehuset

Sykehusenes utvikling på 70-tallet var et unntak i norsk velferdshistorie. Den drastiske kostnadsøkningen ble møtt med en total omlegging av finansiering av sykehus. I 1980 ble rammefinansiering innført.

Da man valgte å innføre rammebevilgninger ble sykehusenes grunnleggende insentivstruktur drastisk endret. Det er noen viktige prinsipielle forskjeller i denne måten å finansiere sykehus på sammenlignet med den foregående kurpengeordningen. I kurpengeordningen var det inntektene som styrte utgiftene. Sykehusene fikk penger for pasientene som oppholdt seg på sykehus. Det lønte seg dermed for sykehuset å behandle mange pasienter. Med denne finansieringsformen betyr mye sykdom i befolkningen gode tider for sykehusene. Med rammefinansiering snus insentivene på hodet. Denne modellen tok utgangspunkt i utgiftene tidligere år, og budsjetterte med bakgrunn i fortiden for kommende år. Ekstra pasienter ble utgifter, ikke inntekter (Berg 2006:74).

Overlegenenes rolle som ledere av avdelinger ble dermed også annerledes. Tidligere kunne man få mer ressurser gjennom å drive behandling, fordi flere pasienter betød mer penger. Nå måtte beslutninger om behandling og utvikling tilpasses rammen (Berg 2006:42). Å få økte bevilgninger i rammemodellen betydde at man som overlege måtte drive aktiv politikk overfor bevilgende myndighet. Fra myndighetenes side tilsa modellen implisitt at klinikkene skulle være interessert i å bruke mindre ressurser, ikke promotering av egne fagmiljøer eller gjøre annen påvirkning (Berg 2006:61-62). Argumentasjon overfor myndighetene blir derfor et mer eksplisitt ansvarsområde. Som leder på en klinikk blir det å drive med politisk påvirkning og kjempe om ressurser en viktig oppgave, men forstått som noe annet enn faglige oppgaver (Berg 1991:164).

4.1.1 Helsekøer

Sykehusene ble større og behandlet flere pasienter. Likevel ble det utover 80-tallet betydelige ventelister med pasienter som ønsket behandling. I 1985 var det 61 110 som ventet på somatisk innleggelse, 62 041 ventet på behandling på somatiske poliklinikker (Berg 2006:63). Omlegging av finansieringssystemet var et forsøk på å begrense utgifter, men behovet for mer ressurser ble ikke borte.

Helsekøene ble tatt tak i av media. Avisoverskrifter fra 1985 kan gi oss et innblikk i situasjonen: ”Lange hjertekøer”, ”Legekrise i Finnmark”, ”Sykehuskorridorene fulle på ny” (Berg 2006:66). Den ”sentimentaliserte” offentlige debatten (Hellesnes 2003:66) kan ha vært en viktig medvirkende årsak til at politikerne etter hvert ga etter for presset om mer midler til helsevesenet. Presset fra media ble forsterket av opposisjonen på Stortinget, og utover 80-tallet ble et grunnleggende velferdsstatelig problem svært synelig: Velgerne i velferdsstaten er opptatt av et forsvarlig, medisinsk sikkerhetsnett, og politikerne er interessert i økt popularitet og høy velgeroppslutning. Når politikerne ser seg tvunget til å begrense det offentlige helsevesenets ressursbruk, står dette i direkte konflikt med velgerens ønsker. Dette betyr at demokratiets mekanismer i seg selv skaper et problem, og er til hinder for begrensning av ressursbruk i helsevesenet (Berg 2006:80).

Disse erfaringene på 80-tallet gir behov for nye måter å gjøre innsparinger og kontrollere helsevesen og sykehus på. Løsningen på begrensningsbehov og det demokratiske problemet blir New Public Management (NPM). Med utgangspunkt i NPM initieres det utover 1990-tallet en lang rekke omfattende reformer, som på grunnleggende vis gjør noe med sykehusenes virkemåte og oppbygning.

4.2 1990-tall og New Public Management

Gode økonomiske tider i Norge blir på 90-tallet et helsepolitisk problem. Det er nødvendig å begrense den eskalerende utgiftssiden i helsesektoren. En oljesmurt økonomi gjør på sin side at nedskjæringer møter motstand i befolkningen. Man måtte bruke mindre penger, samtidig som behovet for mer helsetjenester var påfallende sterkt. Venteliste for pasienter med ventelistegaranti var på nesten 60 000 midt i 1992, og denne nærmet seg 80 000 to år senere. For pasienter uten garanti økte det fra vel 90 000 midt i 1992 til ca 160 000 i 1994 (Berg 2006:73). Effektivisering framstod som løsningen (Tranøy og Østerud 2001:20). Sykehusene måtte bli *mer* effektive, og få *økt* produktivitet. Mer helse for hver krone ble slagordet.

Dette åpnet porten for strømninger som i en samlebetegnelse kalles New Public Management (NPM). Offentlig sektor skulle styres på en ny og bedre måte. Kjennetegnene på NPM – tiltak er sprikende, og drar ikke nødvendigvis i samme retning. Likevel ble NPM introdusert som en motsetning til den ”tradisjonelle” offentlige forvaltningen.

Tidligere var det vanlig å fokusere på offentlig sektors egenart, gjennom å ta hensyn til verdier som likhet, rettferdighet, etterrettelighet og tilgjengelighet for alle. En var ikke utelukkende opptatt av økonomiske forhold eller raskere og mer effektiv saksbehandling. Faglige og politiske prioriteringer måtte også få plass i beslutningene som skulle tas (Christensen og Lægreid 2001:73). Den ”tradisjonelle” måten å gjøre forvaltning på, var også opptatt av å begrense embetsmannens mulighet for skjønnutøvelse. Delene av den offentlige forvaltningen skulle være forholdsvis rene administrative organer, slik at de ikke kom i veien for folkevalgte beslutninger. Legenes posisjon etter krigen er typiske eksempler hvor man så administrasjonen som noe som kom i veien for folkevalgte beslutninger. I den ”tradisjonelle” modellen ble en for uavhengig statsadministrasjon sett på som en trussel mot den politiske styringa (Christensen og Lægreid 2001:69). Legenes innflytelse i forvaltningen ble også med tiden betydelig begrenset, gjennom den tidligere nevntelovgivningen fra 70-tallet og rammefinansieringen fra 80-tallet.

NPM-forvaltningen skulle innføre et brudd med tidligere tenkning. Her hentet man virkningsfulle og effektive insentivstrukturer med utspring i privat sektor over i den offentlige. Interne markeder, brukerfokus og stykkprisfinansiering er eksempler på tiltak som ble ansett som sentrale. Disse insentivordningene skulle utnyttes på en måte som handlet om mindre detaljstyring ovenfra. ”Let the managers manage”, var slagordet (Christensen og Lægreid 2001:69). Politikere og ledelsen ved de ulike velferdsstatlige tjenestene skulle overfor mellomlederne (managers) inngår i dialog om hvilke mål en skulle sette seg, hvorpå det skulle vær rom for autonomi og skjønn knyttet til hvordan disse målene skulle nås. Slik ble NPM solgt inn som en ny måte å styre på i offentlig forvaltning, og det ble fremstilt som noe ganske annet enn byråkrati.

Likevel argumenterte jeg i starten av dette kapittelet for at det ble mer byråkrati i sykehusene i denne perioden. Hva hendte på 1990-tallet? I de følgende avsnittene skal jeg redegjøre formange av de reformene som ble innført på denne tida, med vekt på hvilke følger de fikk forsykehusenes organisering.

4.2.1 Enhetlig ledelse

Utover 90-tallet ble ledelse sett som en viktigere del av effektiviseringsprogrammet i sykehusene, og i 1999 kom det en ledelsesreform for å møte mange av endringskonsekvensene. Tidligere hadde det vært en todelt ledelse på sykehus, en

administrativ (sykepleieren) og en medisinsk (legen). På 90-tallet ble denne måten å lede på ansett som lite hensiktsmessig, og at den i verste fall kunne føre til ineffektivitet, pulverisering av ansvar, usikkerhet og forvirring (Kjekshus 2003:447; Mo 2006:167). Ledelse ble i større grad sett på som noe eget og selvstendig - uavhengig av legenes roller, kompetanse og tradisjonelle autoritet på sykehus (Berg 2006:87-90). Innføringa av enhetlig ledelse i 1999 betød at det skulle være én leder på alle nivåer i sykehus. På klinikken ble det likevel nevnt at det måtte være en helsefaglig rådgiver. I loven om enhetlig ledelse heter det derfor "Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere" (i Berg 2006:88). Ledelse var altså profesjonsnøytralt, men man kunne beholde en reell todelt ledelse på formelt grunnlag. Rådgiveren kan begrense sin involvering i den generelle driften av avdelinga, samtidig som man har formelt anledning til å si at forhold "ikke er faglig forsvarlig". De byråkratiserende elementene åpner derfor ikke opp arbeidet på klinikken fult og helt.

Innføring av en eksplisitt ledelsesreform gir flere føringer enn tidligere. I tråd med slagordet "let the managers manage", skulle man vente økt autonomi og handlingsrom for lederne. Enhetlig ledelse skapte imidlertid ikke mer autonomi, men fungerte heller som en forsøksvis ansvarsklarende og detaljstyrende reform. Et godt eksempel på denne byråkratipregede utviklingen er økningen i antall skriftelige instruksjoner. I 1990 var det skriftlige instruksjoner til avdelingslederne på 33 % av avdelingene ved norske sykehus. I 2001 hadde 86 % av avdelingene dette (Kjekshus 2003:447). Selv om reformen ikke klarer å trenge helt inn i klinikken, stilte den helt klart langt klarere krav til de ansatte. Organisasjonspålegg blir mer bydende.

4.2.2 Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Det ble grunn til å sette spørsmålstegn ved rammefinansieringsmodellen ettersom helsekøene vedvarte utover 90-tallet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for å skape produksjonsinsentiver slik at køene skulle bli kortere.

ISF baserer seg på at man beregner en gjennomsnittelig kostnad for hver diagnose og behandling, som igjen danner grunnlag for å beregne kostnader på det enkelte sykdomsforløp. Fastsettingen av stykkprisen (avledet av DRG-systemet (DiagnoseRelaterte Grupper)), har en hovedforskjell fra den liknende kurpengeordningen. I kurpengeordningen var det legene som satte satsene selv. Som nevnt i forrige kapittel hadde legene en sterk

forhandlingsposisjon. I ISF -systemet beregner man satsene på bakgrunn av operasjonalisering av behandlinger. Satsene baserer seg på gjennomsnittet av disse operasjonaliseringene. Dette gir legene en helt annen forhandlingsposisjon. Argumentene for og mot finansieringsnøkler kan nå støttes med statistikk og modeller. Dette muliggjør at yrkesgrupper og aktører utover legene også kan uttale seg med tyngde om finansieringsspørsmål på sykehus.

Daværende helseminister Gudmund Hernes innførte ISF i 1997. Starten var noe forsiktig og innebar 30 % ISF, og 70 % rammebevilgning for alle sykehusene. Andelen ISF har variert mellom 40 – 60 % fram til 2006 (Berg 2006:82). Her er det verdt å merke seg at mellom 2003 og 2006 har andelen ISF skiftet fra 40 til 60 % hvert år¹¹. I denne perioden var det altså ganske omfattende endringer i grunnleggende finansieringsordninger hvert år.

ISFs detaljnivå fikk også konsekvenser for sykehusorganisasjonen. Medisinsk behandling forandrer seg hele tiden, og dersom ISFs operasjonaliseringer skal være presise og følge utviklingen, må de endres hele tiden. I arbeidet med dette møtes byråkratiske og profesjonsorganisatoriske styringsmodeller. Kombinasjonen av en byråkratisk og kompleks koordinering av oppgaver, og profesjonsorganisatoriske tilnærminger til oppgaver som er komplekse i seg selv, skaper betydelige behov for administrasjon når informasjon skal overføres fra den ene til den andre sfæren. Det tilfaller avdelingene tyngre administrative oppgaver som følge av dette.

Et av de mest sentrale aspektene ved ISF er derfor produksjonen av informasjon, foruten de økonomiske insentivene. Siden aktiviteten hele tiden dokumenteres grundig, åpnes sykehusorganisasjonen opp, og andre aktører en får en mulighet til å komme med sine argumenter. Økonomer kan gjennom statistikk uttale seg om aktiviteten er effektiv, mens pasienter og jurister kan uttale seg om behandlingen i ettertid viste seg å være i tråd med de utalte mål og standarder. For legene blir det dermed vanskeligere å opprettholde en like høy grad av eksklusivitet i jurisdiksjonen over diagnostiserings- og behandlingsoppgavene.

Kombinasjonen av byråkrati og ISF-styring får også noen konsekvenser for hva man forstår som arbeid. Fordi dokumentasjon står så sentralt, vil aktivitet som ikke lar seg tallfeste eller dokumentere i mindre grad forstås som arbeid. I organisasjoner som sykehus, hvor det er

¹¹ Altså 60 % i 2003, 40 % i 2004, 60 % i 2005 og tilbake igjen til 40 % i 2006.

mye som ikke kan tallfestes, er dette en utfordring for byråkratisk styring, et potensielt problem for utøverne, og samlet en mulig konflikt.

4.2.3 Fritt sykehusvalg

Med pasientrettighetsloven av 1999 står pasientene fritt til å velge ved hvilke sykehus de vil la seg behandle. For å forstå sykehusene som marked er det to grunnbetingelser som er viktige: Sykehusenes inntekter basert på stykkprisfinansiering, og pasientenes frihet til å velge sykehus. Man ønsket med dette å innføre konkurranseinsentiver for å få fart i effektiviseringa av sektoren.

Man kan likevel spørre seg om betegnelsen marked er passende på sykehus. Personer med ulike lidelser oppfører seg i mindre grad som nyttemarkedsmaksimerende kunder enn det de fleste økonomiske rasjonelle aktørmodeller forutsetter. Brukerne har i mindre grad benyttet seg av sin mulighet til å velge. Undersøkelser fra Danmark viser at avstanden til sykehuset er den faktoren som betyr mest (Kjekshus 2003:451). I tolkningen av helsereformer er det derfor også misvisende å kalle dem rene markedsliberale reformer (Kjekshus 2003:453).

For at pasienter skal kunne ta reelle valg, må ”varene” være sammenlignbare.

Kombinasjonen av fritt sykehusvalg og ISF, forutsetter og skaper standardiserte behandlinger. Dette viser nok en gang at reformene på 90-tallet skapte behov for standardisering, koordinering, regulering og byråkratisering av sykehusene.

4.2.4 Pasientrettigheter

Velferdsstatens legitimitet hviler på likhet, trygghet og tilgjengelighet. Dette lar seg vanskelig ivareta med en ren markedslogikk. Utvikling av markedsmekanismer gjerne går derfor gjerne hånd i hånd med økende regulering.

I løpet av 80-tallet hadde velferdsstaten stort trukket seg i retning av mer individualiserte syn på rettigheter (Berg 2006:67). Det kollektive hjelpesystem skulle utformes med individuelle behov for øye (Seip 1994:381-382). Et lovverk trengtes for å ivareta trygghet og rettigheter. De lange ventelistene ble møtt med ventelistegarantier fra staten i 1992. I 1992 ble det også igangsatt forsøk med pasientskadeerstatninger, men dette ble ikke formelt lovfestet før i 2001. Lønningsutvalgene 1 i 1987 og 2 i 1997 gav et tydeligere språk til prioritering og forståelse av pasienten. Loven om pasientrettigheter ble vedtatt i 1999 (Berg 2006:85).

Utover 90-tallet fikk pasientene lovfestet sine rettigheter overfor sykehuset på en annen og sterkere måte enn tidligere.

Den økende graden av juridisk språk i sykehuset bærer med seg mange av de samme mekanismene som ISF og fritt sykehusvalg. Variasjon i klinisk behandling blir vanskelig å passe inn i systemet. Det oppstår et behov for standardisering og regelfesting, slik at den gitte behandling kan sammenlignes med idealforløpet.

Spørsmål som tidligere vanskelig kunne finne mening på klinikken, kan nå stilles: Hvem er det egentlig som sitter med autoriteten når medisinske beslutninger skal tas, er det legenes skjønnsmessige vurdering, eller det forutbestemte reglene? Dokumentering og byråkratisering utfordrer det medisinskfaglige skjønnnet gjennom pasientrettighetene. Det ser ut til at etiske og faglige vurderinger i større grad forankres i regler og i selve organisasjonen, framfor i yrkesgrupper¹². Enkelte aspekter om ansvar, etikk og beslutninger framstår i mindre grad som en indre forpliktelse i yrkesgruppa (Berg 2006:90).

4.2.5 Statlig eierskap og institusjonell fristilling

Utover 90-tallet førte uakseptable forhold knyttet til ventetider, ventelister og korridorpasienter til sviktende legitimitet for fylkeskommunenes styring (Stigen 2005a:18). I 2002 ble fylkenes eierskap av sykehusene overført til staten. Foruten fylkenes sviktende styringstroverdighet, kom eierskapsreformen også som en reaksjon på det uklare ansvarsforholdet mellom fylke og stat. Staten betalte de aller fleste utgiftene til sykehusene, mens fylkene brukte ressursene. Staten anså dette som et uhensiktsmessig forhold. Tilleggsbevilgninger var regelen heller enn unntaket, og finansieringen staten ytte overfor sykehusene stod ikke i forhold til kontrollen staten hadde over driften (Stigen 2005a:18).

En annen grunn til omleggingen knyttet seg til den medisinske utviklinga. Sykehusene framstod igjen – som på 60-tallet – som organisasjoner som i liten grad var rustet til å delta i den videre medisinske utviklinga og spesialiseringa. Større sykehus, og derfor også større regioner framstod som mer passende, foruten at de ivaretok geografisk spredning (Berg 2006:92).

¹² Dette er kanskje en generelle trend i samfunnet, se Abbott (1988:323-325).

Norge ble først delt opp i fem store helseregioner, og redusert til 4 regioner fra 1. Juni 2007. Regionene ble styrt av regionale helseforetak (RHF) og sto direkte til ansvar overfor Stortinget. De enkelte sykehusene ble slått sammen i større administrative enheter, helseforetak (HF). Under RHFene var det flere helseforetak (HF). Sykehus som kunne ligge forholdsvis langt fra hverandre geografisk ble knyttet tett sammen administrativt. Før reformen i 2002 var det 81 offentlige sykehus, og over 150 andre institusjoner og virksomheter. Per 1. Januar 2005, etter at reformen hadde blitt implementert, hadde dette blitt organisert i 33 helseforetak, inkludert 4 apotekforetak (Stigen 2005b:36).

Noen prinsipielle bemerkninger er verdt å gjøre seg omkring det nye eierskapet. Fra og med 80-tallet hadde sykehus vært tydelig politisert (se avsnittet 4.1.1). Foretakenes selvstendighet skulle sørge for å holde politikerne mer på avstand. RHFene skulle selv ha ansvaret for å styre i tråd med budsjettet. I praksis så det heller ut til å bli en ytterligere politisering av sykehusene (Stigen 2005b:45-46). I prinsippet kan enhver klage på et sykehus, komme til behandling i Stortinget. Politiseringa skjer nå på nasjonalt framfor regionalt nivå (Berg 2006:93). Også spillet om tilleggsbevilgninger fortsatte som før reformen. Nå var det mellom det enkelte RHF og staten, istedenfor mellom fylket og staten (Tjerbo og Hagen 2005:175).

Likevel er RHFene mindre selvstendige enn fylkene, særlig med tanke på inntekter og styring. RHFene har ikke noe inntektsgrunnlag, slik fylkene hadde gjennom egen skatt, de får kun penger av staten (foruten inntekter av ISF-aktivitet). Derfor kan det være grunn til å påpeke at Stortinget, departementene og direktoratene ble arenaer med større defineringsmakt i uforminga av helsepolitikk. Man kan med andre ord si at utviklingen igjen liknet den man så i perioden mellom krigen og 70-tallet – før sykehuslovens og fylkenes inntog i 1970.

4.3 Økende byråkratisering

Hvordan gikk det med helsevesenet etter denne omfattende reformeringsperioden? Det er vanskelig å komme unna at det brukes betydelige ressurser på helse og omsorg i Norge. Andelen av brutto nasjonalprodukt i Norge knyttet til helseutgifter (statlig og kommunalt) lå på 6,4 % i 1980, og nådde en topp i 2003 på 10 % (Berg 2006:72). Andelen har sunket noe, og i 2007 lå i følge Statistisk Sentralbyrå andelen på 8,9 % (SSBa 2008). Dette blir i

absolutte kostnader i 2007 helseutgifter tilsvarende 203 milliarder kroner. Legene som yrkesgruppe berører dermed direkte rundt 19,6 % av de totale offentlige utgifter (SSBc 2008). Den offentlige utgiftsposten knyttet til sosialbeskyttelse ved sykdom og uføre var i tillegg på 108 milliarder kroner (SSBb 2008). Til sammenligning er samlede militære utgifter på cirka 35 milliarder, og universiteter og høyskoler fikk 29 milliarder av staten i 2007 (SSBb 2008). Utgiftene til spesialisthelsetjenesten alene, altså sykehus, var på 88,6 milliarder i samme år (SSBd 2008). Av de 95 793 årsverkene i spesialisthelsetjenesten i 2007, var 11 144 leger, og 32 780 sykepleiere (SSBe 2008). Ressursbruken alene viser at politikerne har stor grunn til å mene noe om, og engasjere seg i, hvordan sykehus organiseres.

”Let the managers manage” (Christensen og Lægreid 2001:69), er vanskelig å få øye på i sykehussektoren. NPM som reaksjon mot den tradisjonelle måten å forvalte på har heller sett ut til å føre til et strammere styringsregime. Det har blitt tettere og mer detaljorientert politisk styring. De organisatoriske betingelsene har blitt mer byråkratiske. Beslutninger har blitt forankret i regler i institusjonen i seg selv, framfor i yrkesgrupper. Slik regelfesting forteller også noe om hvor man allokterer kompetanse og makt. Man stoler her på at organisasjonen skal ha kompetanse til å håndtere utfordringene.

Det er en lang rekke reformer, med svært forskjellig innhold som introduseres i løpet av 90-tallet. Likevel ser det ut til at grunnpremisset om spenningene mellom yrkesgrupper, politikere og befolkning ikke blir forløst (se også Byrkjeflot og Grønlie 2005). Videre er det også verdt å påpeke at sykehuset så å si alltid har båret preg av forandring. I perioden etter krigen ble planleggingen betegnet som ”statisk” og ikke ”strategisk” (Seip 1994:320-322). For ikke å snakke om utviklingen på 70-tallet som skapte et helt nytt sykehus. Et sykehus hvis grunnpilarer, har stått seg gjennom hele 90-tallet. Det har vært en tiltagende byråkratisering, men delingen mellom en profesjonsorientert og byråkratisk organisasjon oppstod da, og er der fremdeles.

Den økende byråkratiseringa har ført til at oppgavene som utføres på sykehus må ta mer hensyn til den organisatoriske konteksten de befinner seg i enn tidligere. I dagens nye og mer byråkratiserte sykehus er det klare forventninger til legerollen. Institusjonslojalitet og kompetanse knyttet til både ledelse og administrasjon har blitt langt viktigere enn tidligere (Kjekshus 2003:454). Sykehusbyråkratiet representerer ikke-ignorerbare betingelser på

medisinsk praksis. Organisasjonen både muliggjør og begrenser handling. Slik sett er kontroll over hvordan denne organisasjonen organiseres en innflytelsesrik maktposisjon.

Det er viktig å huske på at gode intensjoner har vært det underliggende for alle tiltak overfor sykehus vi har sett i disse empirikapitlene. Styrkingen av pasienters og andre yrkesgruppers stemme kommer av et ønske om å lette styringen på sykehus. Samtidig har organisasjonen blitt stadig mer kompleks. Med kompleksitet følger en økende sannsynlighet for uintenderte konsekvenser, og i verste fall kan gode intensjoner perverteres til mindre gode. Alt henger stadig tettere sammen med alt, og det totale resultatet av implementering av endringer blir vanskeligere å få øye på før i ettertid.

Analysekapitlene vil forsøke å formidle subjektive erfaringer av å befinne seg i et slikt tett og komplekst system. Informantenes intervjuer ligger til grunn for å fortelle om hvordan det er å være en del av en organisasjon som stadig vil *mer*, som beveger seg inn på områder hvor yrkesgrupper tidligere var alene, og som er så stram at handlinger i en del av organisasjonen kan få konsekvenser et helt annet sted.

4.4 Medisinskfaglig utvikling

I den historiske redegjørelsen så langt har jeg gjennomgått de viktigste organisatoriske betingelsene for norske sykehus. Parallelt med den organisatoriske utviklinga har også den medisinske vitenskapen endret seg. Siden disputer om jurisdiksjon mellom kunnskapsbaserte yrkesgrupper foregår med kunnskap som valuta (Abbott 1988:102), er det helt sentralt å studere den medisinskfaglige utviklinga. Hva kjennetegner legenes yrkesspesifikke kunnskap i møte med andre yrkesgrupper på sykehuset og det organisatoriske landskapet?

Et hovedtrekk i den medisinske vitenskapelige utviklinga er den kontinuerlige akkumuleringa av kunnskap. Ettersom mengden klinisk relevant kunnskap har økt, har behovet for effektiv sammenfatning av denne kunnskapen meldt seg stadig sterkere. Sammenfatning av medisinsk vitenskap kalles gjerne med en samlebetegnelse for ”evidensbasert medisin”. I siste halvdel av dette kapitlet skal jeg redegjøre for hva evidensbasert medisin er, og hvorfor jeg benytter betegnelsen ”evidensbevegelsen”. Jeg

avslutter med en diskusjon av hvordan og hvorfor denne spesifikke måten å systematisere medisinsk kunnskap på sammenfaller med sykehuset organisatoriske utvikling.

4.4.1 Evidensbevegelsen

Gjennom 70- og 80-tallet kom det påstander om at bare 10- 20 % av behandlingene leger foreskrev hadde direkte støtte i forskning (Sackett, Ellis, Mulligan & Rowe 1995a)¹³. Starten på den moderne evidensbaserte medisinen kan ses på som en reaksjon på dette, og spores tilbake til begynnelsen av 80-tallet (Rosenberg og Donald 1995). Man ønsket at all klinisk praksis skulle være fundert i vitenskapelig forskning, evidens.

En lederartikkel i British Medical Journal illustrerer noe av bakgrunnen for den evidensbaserte medisinen (Davidoff, Haynes, Sackett & Smith 1995). Artikkelen forteller at det innen fagfeltet indremedisin i 1992 forekom 20 tidsskrifter som var direkte relevante for klinikere. Disse tidsskriftene trykte til sammen 6000 artikler i året. Dette tilsier at en lege måtte ha lest 17 artikler per dag 365 dager i året for å holde seg oppdatert på sitt felt. De absolutte tallene er ikke så interessante, men de viser at det finnes for mye medisinsk faglig informasjon til at en person kan håndtere dette – og samtidig bedrive klinisk praksis (Davidoff et. al. 1995). Skulle klinikerer derimot ikke være faglig oppdatert, vil det undergrave både grunnlaget for sykehusklinikken og hans eller hennes yrkestilhørighet. Utfordringen knytter seg til hvordan man skal fylle ”gapet” mellom hva forskningsfronten til enhver tid formidler, og den praksis legen faktisk bedriver (Davidoff et. al. 1995).

Særlig informasjonsteknologiens inntog gjorde den evidensbaserte medisinen utvikling eksplosiv. E-post og internett åpnet for at hvem som helst kan være i besittelse av ekstremt utfyllende og presis informasjon på kort tid¹⁴. Store nettbasert institusjoner vokste i løpet av 90-tallet fram for å fylle ”gapet”. Noen av de viktigste er ”The Cochrane Collaboration”, som etablerte seg på nett i 1993 (www.cochrane.org). ”Campbell Collaboration” systematiserer også effektforskning innen felt som utdanning, kriminalomsorg og velferd,

¹³ Man har senere vist at så lave tall som 10 – 20 % ser ut til å være feilaktig, heller ser rundt 80 % av behandlingene til å kunne føres direkte tilbake til forskningsresultater i denne perioden (Sackett et. al. 1995a). Her er det altså et tydelig eksempel på Thomas-teoremet, det som oppfattes som virkelig (selv om det skulle være feilaktig), får virkelige konsekvenser.

¹⁴ Det illustreres ganske tydelig hvordan datamaskiner og internett var noe nytt for 10-15 år siden i en artikkel av Rosenberg og Donald fra 1995, her poengteres for eksempel hvordan tastaturferdigheter er essensielt for å kunne nyttegjøre seg av informasjonen i ulike databaser, og at slike ferdigheter slett ikke er noe alle besitter.

foruten medisn (www.campbellcollabortion.org). Mednytt er en norsk variant drevet av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester (www.mednytt.no)¹⁵. I dag er det også flere rene evidensrettede tidsskrifter. BMJ (British Medical Journal) har et eget tidsskrift, som utelukkende publiserer systematiserte artikkelsammendrag, *Evidence-Based Medicine* (<http://ebm.bmj.com>). Her gjennomgås 140 tidsskrifter (blant annet tunge Lancet, BMJ osv.), som til sammen produserer rundt 60000 artikler i året. Artikkene blir systematisk vurdert, hvorpå det er en utgivelse hver 2. måned; redaktørene kommenterer:

So the slim EBM volume with 20 articles you are reading is a distillation of the roughly 10 000 articles from 140 journals published in the 2 months between issues. That is a noise reduction of 500-fold (Eady, Glasziou & Haynes 2008).

Omfattende ressurser blir altså kanalisert inn i prosessen knyttet til å gjøre den nyeste og beste forskningen lett tilgjengelig for legefellesskapet, pasienter og forvaltere. Det at informasjonen plutselig er så utbredt og tilgjengelig, blir i seg selv en viktig egenskap ved sykehusets organisering. Dette er grunnen til at jeg bruker benevnelse ”evidensbevegelsen” framfor ”evidensbasert medisin”. Synligheten og utbredelsen er elementer med en egen kraft og konsekvenser, utover innholdet i det som legges fram. Skillet mellom evidensbevegelse og evidensbasert medisin illustrerer, som vi skal se, også noe om forholdet mellom intensjoner og konsekvenser.

Leger legger igjen en rekke elektroniske spor i løpet av en arbeidsdag, blant annet fordi de må forholde seg til et byråkratisert sykehus, gjennom reformer som ISF og ekstensiv journalføring. Pasienten eller andre vil kunne gå igjennom den behandlingen legen har gitt, og se – for eksempel i Mednytt sine databaser - om denne er i tråd med den standarden som er gjeldende for den respektive diagnosen. Skulle legens behandling avvike fra den pasienten finner gjennom sine undersøkelser, må legen forklare seg. Det ser slik ut til at den medisinske kunnskap har blitt mer praktisk dikterende, den virker utenfra i større grad enn tidligere, noe Ole Berg også har bemerket (Berg 1991:170). Poenget er at tilgjengeliggjøringa, og hvem som besitter/ikke besitter informasjon er vel så avgjørende som informasjonen i seg selv. Utviklinga av den vitenskapelige medisinske kunnskapen har slik med seg et element av å virke bydende. Aktører utenfor yrkesgruppa har verktøy som i større grad kan påvirke det som skjer innenfor yrkesgruppa, enn tidligere.

¹⁵ Mednytt samarbeider også tett med Campbell Collaboration.

4.4.2 Hva er fag?

Her kan vi trekke noen linjer til hva som menes når en yrkesgruppe som legene refererer til sitt eget fag. Som tidligere nevnt legitimerer kunnskapsbaserte yrkesgrupper sine jurisdiksjoner ut fra vitenskapelig kunnskap (Abbott 1988). Det formelle vitenskapelige grunnlaget er en viktig del av en kunnskapsbasert yrkesgruppes fag. Foruten opplæring gjennom utdanning, er også elementene beskrevet i avsnittet om evidensbevegelsen sentrale deler av denne formaliserte kunnskapen.

Den vitenskapelige kunnskapen tjener flere formål. For det første, og som allerede nevnt, begrunner og legitimerer den yrkesgruppas jurisdiksjon. For det andre tydeliggjør og avgrenser den hva yrkesgruppa skal og ikke skal gjøre. For det tredje ligger den til grunn for undervisning av og instruksjon til nye yrkesmedlemmer. For det fjerde viderutvikles kunnskapen yrkesgruppa forvalter, altså et forskningsaspekt (Abbott 1988:54-57). Dette er viktige aspekter av yrkesgruppas formelle og vitenskapelige kunnskapssystem, men det er også flere elementer som utgjør ”faget”.

Et annet slikt viktig aspekt er yrkesgruppas kultur. For å illustrere dette kan en ta utgangspunkt i at det ikke finnes noen erkjente yrkesgrupper, kun ulike oppgaver som må utføres. Ettersom det oppstår behov for arbeidsdeling, vil noen utføre oppgaver andre ikke utfører. Når den enkelte oppgave gjentas vil utøveren etter hvert opparbeide seg individuelle strategier og erfaringer. Utøvere som arbeider med liknende oppgaver har en interesse av å komme sammen (Durkheim 1997 [1893]: xlii-xliii). Gjennom utveksling av sine erfaringer med liknende oppgaver vil de opparbeide seg felles perspektiver (Becker et. al 1961:33-36) knyttet til måter å håndtere oppgavene på, og hva som skal ligge til rette for at utførelsen skjer på en riktig og god måte. De individuelle strategiene kan diskuteres, tilpasses og bearbeides og til slutt resultere i kollektive strategier. Forestillingene, forventningene og normene som dannes i kollektivet kan utstyre utøveren med strategier til å møte de spesifikke oppgavene han eller hun forventes å arbeide med. Denne visse graden av intersubjektivitet er utgangspunktet for dannelsen av yrkesgrupper. Individets aksept av de kollektive normene ligger til grunn for yrkesgruppas fellesskap, solidaritet og moral (Se også Durkheim 1997 [1893]:xlvi-xlviii). Dette kan kalles fagets kulturelle side, i motsetning til den formelle vitenskapelige siden jeg har redegjort for tidligere.

Yrkesutøvere sosialiseres inn i en allerede eksisterende yrkesgruppe gjennom erfaringer fra utdanningsløp og arbeid. Disse karriereløpene er betraktelig mer strukturerte og planlagte enn eksempelet over. Det er her yrkesutøvere kommer i kontakt med, og tar del i, de formelle og uformelle fortellingene og normene i yrkesgruppa. Det er her den praktiske kunnskapen og den kroppsliggjorte tilnærminga til yrkesgruppas virksomhet etableres.

Jeg har altså lansert to sett av momenter knyttet til faget som binder oppgavene til yrkesgruppa. De siste avsnittene har handlet om yrkesgruppas fellesskap og kultur. Dette er et rent kulturelt aspekt, hvor kunnskapen er praktisk og erfaringsnær. Et trekk som er felles for alle yrkesgrupper. Det andre momentet, og det er spesifikt for kunnskapsbaserte yrkesgrupper, handler om vitenskapelig kunnskap. Yrkesgrupper kan kreve jurisdiksjon på oppgaver uten vitenskapelig kunnskap. I vårt samfunn er imidlertid vitenskap en rådende kulturell verdi, og derfor forvalter man jurisdiksjoner mest effektivt gjennom en vitenskapelig yrkeskultur¹⁶.

Når en yrkesgruppe som legene er opptatt av at virksomheten på sykehus må være ”faglig forsvarlig” er dette derfor et uttrykk for to ting samtidig. For det første handler det om å forankre den praksisen som skjer på avdelinga på vitenskapelig vis – å anvende abstrakt vitenskapelig kunnskap i konkrete situasjoner. For det andre, og samtidig, er det ofte et uttrykk for en kulturell hevd - at en bestemt yrkesgruppe skal holde jurisdiksjon på en bestemt oppgave. I dette tilfellet betyr det at legene ønsker å holde jurisdiksjon på styring av avdelinga. ”Faglig forsvarlig” blir på denne måten et uttrykk for to ting, 1) et uttrykk for vitenskapelig forankring av praksis, 2) et uttrykk for at ”fag” her handler om at det er legenes, heller enn økonomenes, ingeniørenes, juristenes eller sykepleiernes kultur. Når legene utøver fag, er det altså noe mer enn vitenskap i snever eller veldig formalistisk forstand.

Bildet som tegnes av evidensbevegelsen kan tyde på at faget legene forvalter trekkes i en mer formalisert retning. Man kan også argumentere for at den vitenskapelige kunnskapen har

¹⁶ I prinsippet kunne vi hatt okkulte yrkesgrupper, hvis rådende normer i samfunnet støttet opp om okkulte fenomener. Noe som teoretisk sett kunne ført til en yrkesgruppe av magikere som tok seg av gitte oppgaver i samfunnet. Okkult kunnskap har vist seg ekstremt upålitelig, og det er veldig få yrkesgrupper som baserer seg på et slikt grunnlag i dag (ulike spåtefontjenester, eller engleskoler er kanskje unntak). Diskusjonen blir mer nyansert når en forsøker å sammenligne hvem som er best skikket til å drive sykehus, kurative leger, omsorgsgivende sykepleiere, rettfærdige jurister eller effektive økonomer. Dette er en disputt hvor de respektive yrkesgrupper bidrar med de substansielle argumentene, hvor sosiologer kanskje er satt til å kommentere.

blitt mer praktisk dikterende (Berg 1991:170). Evidensbevegelsens talsmenn argumenterer mot et slikt syn. Her er skillet mellom evidensbasert medisin som en belysende faktor på praksis, i motsetning til bevegelse, avgjørende. Poenget promotørene holder fram er at klinisk praksis fundert i evidens er en ”bottom up”-aktivitet (Sackett et. al. 1995b). Det er fremdeles legen som tolker symptomer og diagnostiserer disse. På bakgrunn av sin kompetanse som yrkesutøver konsulterer så legen de ulike databasene, for å finne bekreftelse på sine antagelser og riktig behandling (Sackett et. al. 1995b).

Det er likevel vanskelig å komme utenom at det har skjedd noe i relasjonen mellom legen og pasienten, og legen og organisasjonen, som følge av evidensbevegelsen. Pasienter og organisasjon har nå en type informasjon tilgjengelig som de ikke hadde tidligere. Selv om evidensbevegelsen ikke i så stor grad berører legens mulighet til å diagnostisere i en ”bottom up”-aktivitet, berører den likevel hva som skjer i etterkant av diagnostisering. Beslutninger som legen tar kan på en annen måte enn tidligere virke tilbake på ham eller henne.

Disse utfordringene skaper nye behov for hvordan leger fungerer i sykehussystemet¹⁷. På samme måte som kunnskap om hjerteanatomi og bruk av grunnleggende teknisk utstyr som stetoskoper er nødvendig for legen, trenger leger verktøy til å imøtegå evidensbevegelsen. Legenes behov for å kunne bruke (ikke produsere) vitenskapelig kunnskap blir, som BMJ skriver, avgjørende (Glasziou, Amanda & Gilbert 2008). Det er i kritisk evaluering og nyttegjøring av medisinsk vitenskapelig kunnskap legene må spisse seg inn:

¹⁷ Evidensbevegelsen har vært utsatt for kritikk, særlig knyttet til den utstrakte bruken av dobbelt blinde randomiserte tester (RCT, Randomized Controlled Trials), og i hvilken grad denne metoden utelukker noen typer medisinske data, og legger til rette for andre. Epistemologisk sett er evidensbevegelsens potensielle problem en skeiv vektning av data, der kvantitative metoder letter lar seg akkumulere, og kvalitative data vanskeligere gjør det. Her er det potensial for en mulig ensretting, som utelukker noen typer (vanskelig akkumulerbar) kunnskap, kunnskap som kan være avgjørende for pasienter. Evidensbasert medisin, og den følgende bevegelse, er en interessant diskusjon (se for eksempel Timmermans 2008). I henhold til problemstillingen knyttet til forventninger mellom fag og organisasjon, skal vi her nøye oss med å slå fast at evidensbevegelsen ser ut til å fungere godt sammen med en byråkratiserende utvikling på sykehus. Ulike eksempler på betenkeligheter overfor evidensbevegelsen kan for eksempel leses i Aronson 2003; Aronson & Hauben 2006; Egger, Zellweger-Zähner, Schneider, Junker, Lengeler & Antes 1997; Ekland 2004; Leonard 2005; Wu 2005.

If today's practitioners are to retain their professionalism, clinicians' information and research appraisal skills need to be improved urgently. Otherwise they risk being rapidly overtaken by administrators and patients who may not be able to use a stethoscope, but are comfortable using Google, Wikipedia, and the internet (Glasziou et. al. 2008).

Vi har sett hvordan sykehusets organisatoriske form har blitt mer bydende. Det har oppstått en betydelig informasjonsproduksjon som i stor detalj kartlegger aktiviteten på sykehus. Det er vanskelig å komme unna evidensbevegelsens potensial til å virke sammen med organisasjonsformen. Organisasjonens bydende form kan hente substans og innhold herfra.

Posisjonene i sykehusorganisasjonen som informantene i denne studien befinner seg i, er posisjoner hvor både fagfronten og organisatoriske insentiver og pålegg møtes.

Gjennomgangen til nå indikerer at dette er posisjoner hvor det dermed kan oppstå betydelig press fra både organisasjonen og faget.

5. Strategier for yrkesutøvelse

Mitt utgangspunkt er at de ulike forventningene informantene møter fra henholdsvis fag og organisasjon skaper arbeidssituasjoner som er til dels uforenelige. Forvaltningen av den omfattende og krevende oppgaveporteføljen lar seg av tidsmessige og menneskelige grunner vanskelig utføre til punkt og prikke. Uforeneligheten er forankret i strukturene, ikke i personene. Informantene står i en situasjon med krysspress (Merton 1963). Krysspress og uforenelighet blir grunnleggende premisser for de strategiene informantene utarbeider for å håndtere forventninger fra fag og organisasjon. Økonomisering og aktiv prioritering av egen tidsbruk er en nødvendighet. I intervjuene forteller informantene hvordan de gjør og har gjort sitt eget arbeid. Jeg tar utgangspunkt i at det er en forholdsvis tett kobling mellom fortolkning av egen arbeidssituasjon og det arbeidet de faktisk gjør. Når en informant forteller meg at kjerneoppgavene er det viktigste, og at administrative og ledelsesoppgaver prioriteres ned, så går jeg i dette kapittelet ut fra at informantens fortellinger i rimelig grad speiler deres faktiske tidsbruk.

På denne måten analyserer kapittelet handling. Jeg har, gjennom grundig lesning av intervjuene, dannet meg et bilde av hvordan informantene gjør arbeidet sitt. På bakgrunn av dette presenterer jeg tre strategier. Man kan kalle det informantenes egenutviklede stillingsbeskrivelser. Strategiene jeg omtaler er resultat av materialet. Dette er empiriske typer. Det er viktig å understreke at alle informantene har individuelle strategier, tilnærminger og forståelser av eget arbeid. Disse individuelle tilnærmingene ser i mitt materiale ut til å samles rundt tre hovedretninger. Hva jeg har kalt en kategorisk, en midlertidig og en tilretteleggende strategi.

Det er selvfølgelig en del variasjon og spredning i informantenes tilknytning til strategiene. Jeg tilskriver to av informantene en status som midletidighetsstrateger selv om de ikke opptrer helt likt. De deler likevel noen viktige trekk. Det forekommer en tilstrekkelig grad av intern homogenitet (Kluge 2000), og det er meningsfylt å snakke om at disse informantene har mer til felles med hverandre enn med de øvrige. Typologisering handler på den andre siden også om ulikhet. De ulike strategiene må være tilstrekkelig forskjellige fra hverandre, det må være en tilstrekkelig grad av ekstern heterogenitet (Kluge 2000).

5.1 Informantenes tre strategier

For å presentere materialet så nyansert som mulig vil jeg gjennomgå strategiene to ganger. Først kort for å understreke strategienes ulikhet overfor hverandre. Så med henblikk på likhetene mellom informantene som er tilhørende samme strategi.

5.1.1 En kategorisk strategi

Den kategorisk faglige strategien tar utgangspunkt i et premiss om at dersom man ikke dedikerer seg fullt og helt til kjerneoppgavene, vil man miste noe av essensen ved sin yrkestilhørighet og fagidentitet. I absolutt form utelukker denne strategien at man kan kompromisse med det som innledningskapittelet ble kalt for lege- og kunnskapsoppgaver. Lederoppgaver og organisatorisk beskjeftigelse oppfattes nærmest som direkte undergravende for faget. I en mildere, og mer empirisk vanlig betydning, forstås slike lederoppgaver som noe mer i randsonen av hva man skal gjøre, og kanskje også som uhensiktsmessige. Det er gjennom fordypning i klinikk og kunnskap man opparbeider seg faglig autoritet og prestisje. Strategien møter de uløselige forventningene og krysspressituasjoner gjennom kategorisk å avvise det man forstår som ikke-relevante, eller ikke-faglige, sysler. Legitimiteten for å gjennomføre slike valg og prioriteringer hentes fra ens egen faglig status blant kolleger. Dette er prestisje som teller mer enn påleggene som følger gjennom den organisatoriske linja.

Det er med andre ord lege- og kunnskapsoppgaver, kjerneoppgavene, som er det sentrale her, og man forsøker å ignorere og lukke ute så mye organisatorisk støy som mulig.

Organisasjonen skal ta hensyn til den kategoriske strategien, heller enn at han eller hun skal ta hensyn til organisasjonen. Man kan si at den kategoriske strategien gjør seg relativt utilgjengelig for organisatoriske innspill.

5.1.2 En midlertidig strategi

Midlertidighetsstrategien handler om å oppleve det som en forpliktelse fra ens fag og yrkesgruppertilhørighet å ta på seg oppgaver utover kjerneoppgavene. Dette for å få en god organisatorisk tilrettelegging, slik at kjerneoppgavene kan utføres på skikkelig vis, til tross for at man personlig ikke ønsker seg noen lederrolle på lengre sikt. Situasjonen fører til at man i noen år ikke kan ta like mye del i kjerneoppgavene som man skulle ønske, og det

oppleves som et offer. For en avgrenset periode mister man likevel ikke troverdigheten og prestisjen som følger med den faglige tilhørigheten, og man kan fortsatt opptre som en ”tung fagperson”. Den midlertidige strategien muliggjør en ”dobbel autoritet”. Autoriteten er både forankra i den profesjonsorienterte del av organisasjonen gjennom ekspertise, og ut fra den formelle posisjonen i organisasjonen.

Dette er en situasjon som ikke er holdbar i lengden. Spenningen mellom å være en faglig person i en ikke-faglig posisjon kan i hovedsak møtes på to måter. For det første gjennom overbelastning. Dautfører man sine lederforpliktelser og kjerneoppgaver samtidig, noe som gir stor arbeidsmengde og fare for psykisk eller fysisk sammenbrudd over tid. For det andre kan man gjøre kompromisser, for eksempel ved at man ikke utfører kjerneoppgavene i like stor grad som forventet. Dette lar seg vanskelig forene med ens dype forankring i faget, som jo førte en inn i ledelse i utgangspunktet. Løsningen blir i begge tilfeller å betrakte ledelsesengasjementet som midlertidig. Tanken er hele tiden å gå tilbake som ”fagperson”. Men for en avgrenset periode kan en midlertidighetsstrategi spille på autoritet både fra en faglig tilhørighet og fra en formell organisatorisk posisjon.

Informantene forteller om at de tar i bruk en midlertidighetsstrategi hvis det har oppstått faser man forstår som faglig uforsvarlige. Dette kan for eksempel være ved omfattende organisatoriske endringer. Da er det viktig å plassere tunge fagpersoner i ledende stillinger for å ”holde fortet” og unngå at faglig uforsvarlige situasjoner oppstår. Dette er et slags føre-var-prinsipp. En annen tilnærming har også en offensiv karakter. Da tiltrer man stillinger som formelt sett er mer bydende, slik at man kan få gjennomført ambisjoner på avdelingas eller fagets vegne.

5.1.3 En tilretteleggende strategi

En tilretteleggende strategi handler om å ta på seg oppgaver utover kjerneoppgavene, og da først og fremst ulike ledelsesoppgaver. En tilretteleggende strateg finner en faglig egenverdi i å være premissleverandør for de andre fagpersonene. Denne faglige egenverdien er så sterk at det ikke trenger å oppleves som nødvendig å beskjeftige seg med kjerneoppgavene. Tilretteleggingsstrategen er opptatt av å ha en faglig tilhørighet, selv om man ikke skulle beskjeftige seg med kjerneoppgaver like mye som det som forventes (en informant bruker også ”abstraksjon” overfor kjerneoppgavene – dette kommer jeg tilbake til i den videre gjennomgangen).

Tilretteleggingsstrategen søker å redefinere noen av de etablerte avgrensningene knyttet til hva som skal og ikke skal forstås som faglighet. De legger til grunn en utvidet fagforståelse hvor også ledelsesoppgaver forstås som en viktig del av det medisinske faget.

Tilretteleggingsstrategen utfører gjerne kjerneoppgavene. Men den utvidete fagforståelsen fører ofte til at man befinner seg i så administrativt krevende posisjoner at man vanskelig kan beskjeftige seg med disse. Hovedoppgaven til en tilretteleggingsstrateg blir dermed å lede organisasjonen best mulig.

5.2 Empiriske gjennomganger

Den foregående redegjørelsen fokuserte på strategienes egenart. I de følgende avsnittene ser jeg nærmere på hvor nært eller fjernt de ulike informantenes uttalelser grupperer seg overfor strategiene jeg har skissert.

5.2.1 Informantenes kategoriske strategier

... Jeg har ansvar for de medisinske sidene [ved behandlingen]. Vi har en stilling der som leder. Og den har jeg bevisst ikke villet søke. Og det henger sammen med sånne strukturelle greier da... (Informant 1)

...ja, man sitter der på en måte og mener det i sin egen stue, uten å gjøre så mye politisk arbeid utad. For å si det sånn. Jeg har aldri engasjert meg i det. Og det har med den veldig interessen for faget å gjøre. Da får ikke døgnet nok timer, hvis man skal gjøre det helt og fullt (Informant 7).

De kategoriske strategiene får legitimitet overfor seg selv og andre gjennom høy teknisk og vitenskapelig innsikt. Det er viktig at de medisinske argumentene blir godtatt og får anseelse. For utøvere som benytter seg av en kategorisk strategi søkes det at ens stemme skal kunne overkjøre formelle organisatoriske pålegg og andre føringer. Noe av det mest sentrale for den kategoriske strategien er ikke å være offensiv og komme med initiativer som organisasjonen må ta til følge. På sett og vis er det en defensiv tilnærming som handler om å ha tilstrekkelig prestisje til selv å kunne la være å ta organisatorisk ansvar.

For en yrkesgruppe som legene handler faget om mestring av kjerneoppgavene; kunnskaps- og klinikkoppgaver. Den faglige autoriteten og prestisjen er tett bundet til utøveren som person, og mestring av kjerneoppgavene blir avgjørende for den kategoriske strategiens suksess. Direkte kontakt med kjerneoppgavene resulterer i faglig autoritet og prestisje, som kan konverteres til makt overfor organisasjonen eller andre.

I det videre skal jeg vise hvordan to informanter gjør bruk av strategier som ligner på den kategoriske. Begge bruker sin faglige autoritet til å gjøre sine forståelser og meninger gjeldende overfor organisasjonen. Men de gjør det på ulikt vis.

Den første informanten (Informant 7) snur ryggen nesten fullt og helt til organisasjonen, og forstår organisatoriske betingelser nesten utelukkende som en klump om foten. Hun har et forholdsvis negativt syn på organisasjon. Den andre informanten (Informant 4) anerkjenner organisasjonen som muliggjørende i noen grad. Selv om han beskjeftiger seg med noen organisatoriske oppgaver, opprettholder han likevel en relativ utilgjengelighet overfor organisatoriske forespørsler. I uttalelsene fra disse informantene kommer det til syne et skille mellom en profesjonsorientert og en byråkratisk organisasjonsforståelse (Mintzberg 1989; Weber 2000).

Informantene forstår egen faglighet som en knapphetsressurs for sykehuset. Istedenfor å bruke legetid på budsjetter og annet administrativt arbeid, har den kategoriske strategen som utgangspunkt at en bør jobbe mest mulig med kjerneoppgavene. Derfor har informant 7 aktivt valgt å holde seg på seksjonsnivå, hun har ”aldri engasjert seg politisk”, som hun sier. Når jeg spør henne hva som ville skjedd dersom hun tok en stilling lenger opp i sykehushierarkiet, for eksempel på avdelingsnivå, forteller informant 7 dette:

... det betyr at en må bruke arbeidsdagen sin på så mye som en synes er uvesentlig. Egentlig. Nå synes jeg ikke det er slik. Det er en del sånn administrativt, men jeg synes ikke det er uvesentlig. Det kan være mye sissfos arbeid, at man gjør det om igjen og om igjen. Men du ser hensikten med det. Ikke en masse pålegg om skriv og ditt og datt som man ikke egentlig ser hensikten med. Og det tror jeg det er mye av i den rollen [på avdelingsnivået] kan du si. Det kommer mye lovpålegg herfra og derfra. Send den rapporten, og send det papiret hit, og det papiret dit. (Informant 7)

I informant 7s beskrivelse og vurdering er det ikke administrasjon i seg selv som framstår som et onde. På seksjonen kan det også være en rekke repeterende administrative oppgaver som må gjøres. Disse kan være lite givende, men man ser meningen og resultatet av dem, de er faglig relevante. Det er de administrative oppgavene på avdelingsnivå som er problemet. Her ser informanten liten hensikt eller resultat av innsatsen som må legges ned. Løsningen blir å holde seg på seksjonsnivå, og luke ut så mye organisatorisk støy som mulig. Rangeringen av oppgaver ut fra faget blir viktigere enn organisatoriske føringer.

Min tolkning er at en ”ryggen til organisasjonen”-tilnærming bærer med seg åpenbare fordeler, men også noen begrensninger. På en effektiv måte har man gjennom en slik strategi anledning til å nærmest utelukkende fokusere på kjerneoppgavene. Dette har likevel sin pris. Det er vanskelig å bidra til å utvikle strategier for avdelinga og fagfeltet med dette utgangspunktet. Tilnærminga fordrer også at de omliggende forhold, fagfelt og organisasjon er stabile over tid. Skulle det oppstå ambisjoner på fagspesialiseringens vegne, knyttet til ønske om økte ressurser eller lignende, eller skulle det komme omveltende organisatoriske endringer, har man mindre å stille opp med.

Informant 4 er også opptatt av kjerneaktiviteten. Han markerer at det er noen oppgaver han ikke ønsker å gjøre kompromisser på. Men informant 4 er tydelig på at man må ha relasjoner til organisasjonen for å drive ens eget fagfelt videre. For å planlegge for faget og framtida, trengs det organisatorisk innflytelse, i hvert fall tidvis.

Derfor har jeg holdt meg unna de stillingene, som avdelingssjef, for da blir man mer en leder på heltid. Og min tro er jo at... for det første så betyr jo det at man må gi avkall på mye av sin faglighet. Det er umulig å holde seg helt tipp topp om man går opp et hakk, på avdelingssjefsnivået. For det andre så tror jeg i lange løp det er veldig farlig, for man mister også muligheten til å drive ledelse, når man ikke har et faglig ståsted. Man mister mye av sin autoritet. Det er min erfaring. Legeledere som sitter for lenge i en lederstol, de mister for mye av sin faglige autoritet. Da blir det vanskelig å lede, så de biter på en måte seg selv i halen. [...] Divisjonsdirektøren har jo noe sånt som tusenvis under seg. Og en hel drøss med forskjellige fagfelt. Så han kan ikke si noe om [informant 4s fagfelt], for han vet ikke noe om det. Så da må du på

en måte ned på dette nivået her. For å hente ut den faglige kompetansen om hva sykehuset skal mene. (Informant 4)

Informanten ser yrkesgruppas autoritet som overordnet organisasjonen, et hovedtrekk ved den kategoriske strategien. Avdelingssjefer eller divisjonsdirektører, som formelt sett er over ham i hierarkiet, har ikke legitim innflytelse på hans arbeid som seksjonssjef. Det er normene og kulturen i yrkesgruppa informant 4 ser som gyldige – dette er autoritetsmekanismene i den profesjonsorienterte organisasjonen. Har man ikke autoritet gjennom ekspertise, kan man heller ikke styre eller legge strategier.

Informant 1, som er blant de eldste informantene, betegner forholdet mellom leger og organisasjon på denne måten:

S: Vil du si at de oppgavene leger gjør, har de endret seg noe?

Informant 1: Nei, jeg vil ikke si at det har endret seg veldig mye. Men det administrative apparatet rundt, det er totalt annerledes. Hvis vi skulle være lojale mot det administrative apparatet, ville legene endret seg veldig mye. Men saken er jo at tiden går jo videre på samme viset. Det er samme prinsipielle tingene du ser overalt i verden, uansett hvordan det er finansiert. Det er noen helt overordnede saker, du kan kanskje si at det er tradisjon, jeg vet ikke.

Informant 1 forteller at oppgavene legene gjør ikke ”har endret seg veldig mye” i løpet av hans karriere. Han er opptatt av legene må være lojale overfor seg selv, ikke overfor ”apparatet”. I informant 1s fortelling har leger et verdifullt fellesskap seg imellom som man skal være lojal mot. Sitatet til informant 1 betegner her noe av essensen i det jeg har forsøkt å beskrive som den kategoriske strategien. Det er et skille mellom oss, som driver med kjernevirksomhet, og dem, som driver med administrative oppgaver. Organisatorisk beskjeftigelse, ledelsesoppgaver, forstås ikke som en del av faget, eller noe som leger skal bruke mye tid på.

Diskusjon

Gjennomgangen av materialet understøtter at særlig tre av informantene har en tilnærming til organisasjonen som jeg kan kalle en kategorisk strategi. Ingen av dem forfølger en kategorisk strategi i sin reneste form, men det er påfallende hvordan alle ser ut til å ha tatt aktive valg om å holde seg på seksjons- framfor avdelingsnivå. De bruker sin faglige tyngde til å holde unna mye administrativt arbeid. De demonstrerer også en tiltro til at de faglig utledete argumentene og føringene skal gjelde i større grad enn organisatoriske krav. Det er verdt å merke seg at det i prinsippet ikke er noe i veien for å ha en kategorisk tilnærming også på avdelingsnivået. Men her er det organisatoriske presset hardere, samt at det er vanskeligere å opprettholde nærhet til kjerneoppgavene når man må forholde seg til et mer mangfoldig fagmiljø.

Min tolkning er at den kategoriske strategien synes virksom i møte med de uforenelige forventningene som er forankret i informantenes oppgaveportefølje. I slike "uløselige" krysspressituasjoner, blir løsningen å legitimere egne beslutninger og prioriteringer gjennom en faglig autoritet. Et viktig trekk er å gjøre seg relativt utilgjengelig, for eksempel gjennom å oppholde seg på seksjonsnivå, eller ved å avskrive organisatoriske formaliteter som relativt uvesentlige. Dette er en strategi som potensielt sett kan gi stor autonomi over eget arbeid. Informant 7 forteller for eksempel om at hun har aldri hatt en "virkelig stillingsbeskrivelse", men at hun selv har utformet rammene rundt utførelsen av eget arbeid.

Det som er interessant å merke seg er hvordan yrkesgruppas faglighet, altså dens kulturelle og vitenskapelige legitimitet, posisjon og hevd på sykehuset, brukes som ressurs av informant 7 og 4. Informant 7 brukte dette til å utelukke organisasjonen i stor grad. Informant 4 er opptatt av å bruke denne ressursen til påvirkning. Han viser til noe av kjernen i en kategorisk strategi, når han understreker hvordan faget ligger til grunn for utviklinga og retningen til sykehuset i stort. Overleger som tar i bruk kategoriske strategier på den måten jeg har vist her, er med på å skape et sykehus som har trekk av Mintzbergs profesjonsorganisasjoner (1989). Uten utøvere med en slik måte å resonnerer på, måtte jeg i langt større grad forstått sykehus som rene byråkratier.

5.2.2 Informantenes midlertidige strategier

Mens den kategoriske strategien handlet om å spille på sin yrkesgruppetilhørighet og faglige autoritet for å bli tatt hensyn til av organisasjonen, fokuserer midlertidighetsstrategien på at

faglig autoritet kan kombineres med en aksept av enkelte betingelser fra organisasjonen. Blant betingelsene som aksepteres er at organisatorisk posisjon gir en viss autoritet. Posisjonen gir en stemme som må lyttes til i avgjørende sammenhenger. En stemme som prinsipielt ikke er avhengig av person, men som i kraft av posisjon ikke kan ignoreres. Vi så i den kategoriske strategien at organisasjonen kan måtte bøye seg for faglig autoritet. Faglig autoritet alene, vil likevel måtte bøye seg for kombinasjonen av faglig autoritet og organisatorisk posisjon. En slik ”dobbel” autoritet, er et viktig premiss for en midlertidig strategi.

Midletidighetsstrategien handler også om en forpliktelse overfor yrkesgruppa. Å gå inn i omfattende lederstillinger på avdelingsnivå eller høyere kan oppleves som et personlig tap. Man mister den direkte mestringen, nærheten og synligheten knyttet til kjerneoppgavene. Opprettholdelsen av prestisje internt i yrkesgruppa blir vanskeligere. Informantene har valgt å gå inn i disse stillingene, til tross for at dette innebærer en betydelig personlig kostnad. Informantene 5 og 6 har begge gått fra stillinger på seksjonsnivå til avdelingsnivået. Jeg har gruppert dem i en midlertidig strategi, og de kommenterer sin nåværende arbeidssituasjon på denne måten:

I den fasen vi er nå, med så mye som skal endres, så tar det så mye tid. Det blir klinikken jeg renonserer på, for min egen del. Jeg må sette andre til å gjøre det. Fordi at døgnet blir for kort rett og slett. Så det må jeg... med det er såpass mye i meg som er doktor som jeg savner. Jeg vil gjerne ha mere pasientkontakt. Og jeg vil ikke ha... jeg vil ikke jobbe med så lite pasientkontakt som jeg har nå resten av min yrkesaktive tid. Og jeg tenker at det er en tid for alt. Jeg tenker at nå tror jeg det var nødvendig, i hvert fall en riktig prioritering for meg, å gå inn i de oppgavene jeg har gjort. Nå for en tid. Og så forhåpentligvis, faller en del ting på plass. Da kan jeg bruke mindre tid på sånt, og heller få bruke mer tid på å være kliniker igjen. I en senere fase.
(Informant 5)

Jeg ønsker ikke å fortsette i denne jobben. He, he.. jeg ønsket ikke å ha den i utgangspunktet. Men det var nødvendig sånn som avdelingssituasjonen var nå. Så jeg ønsker meg tilbake som fagperson. (Informant 6)

Begge informantene poengterer at de har oppgitt noen av sine individuelle interesser. For en periode setter de til side egne faglige prosjekter, og går inn i sykehusorganisasjonen. Det er flere grunner til dette, som jeg skal komme inn på seinere, men først mener jeg det er viktig å understreke noe grunnleggende ved tilhørigheten til en yrkesgruppe i disse analysene. Min tolkning er at informantene opplever det som en individuell forpliktelse å opprettholde yrkesgruppas kollektive normer. Det personlige tapet er for kollektives beste.

Disse handlingene, hvor individet til en viss grad underkaster seg kollektive interesser, er noe av kjernen i det som konstituerer en gruppe. Som Durkheim påpeker er det gjennom en relativ underkastelse at man også får relativ frihet (Durkheim 1997 [1893]:xliii). Gjennom å gå inn i en midlertidig lederrolle, kan man tilrettelegge for resten av yrkesgruppa. Kollektive normer som fører til individuelle forpliktelser er stikkord her. Informantene setter midlertidig til side sine individuelle prosjekter, for å kunne fremme yrkesgruppas posisjon.

... noen må lede en avdeling. Og det å lede en avdeling krever evne til forskning og utvikling. Det krever kunnskap om fagfeltet, og så må du ikke lage deg altfor mye trøbbel på personalsiden heller. Selvsagt. Men altså, vi har folk som hadde vært bedre personalhåndteringsmessig enn meg. Helt sikkert. Men du må også se litt hvor faget går altså, i hvert fall nå i omorganiseringsprosessen. (Informant 6)

Avdelingas behov for faglig ledelse har vært viktig for informant 6s ledelsesengasjement. Dette er et behov for ledelse som springer ut fra forpliktelse til hva jeg har skissert som kunnskapsoppgaver. Informant 6 betoner kunnskapsaspekter gjennom fokuset på ”forskning og utvikling”, ”kunnskap om fagfeltet”, og nødvendighetene av å ”se litt hvor faget går”. Hun er opptatt av den faglige forankringa av organisatoriske beslutninger. Ved å gå inn i ledelse følger det med en rekke andre oppgaver, for eksempel på ”personalsiden”. Det er vanskelig å komme unna slike medfølgende oppgaver. Dette er en grunn til at jeg i beskrivelsen av informantenes oppgaveportefølje har skissert ledelsesoppgaver som noe eget, og ikke en direkte forlengelse eller følge av lege- eller kunnskapsoppgaver.

Det skjer store omveltninger i systemet. Hvor det er viktig at noen representerer. Altså noen som representerer faget tungt, syner avdelingen. Og det er hun som er avdelingsleder veldig klar over. Så hun bruker meg ganske mye til å fronte faget. Og det er vi enige om at det er noe av det viktigste. At jeg fronter faget i denne sammenhengen her.[...] ... så noe som har gjort at jeg har blitt spurt, og valgt å gå inn i en lederstilling, som jeg gjør nå. Er nettopp fordi at jeg kanskje har en styrke i å kommunisere og formidle faglig budskap. (Informant 5)

I likhet med informant 6, er informant 5 opptatt av den faglige forankringa av organisatoriske forhold. Han poengterer dette gjennom å påpeke hvordan han ”formidler faglig budskap”, og ved å framheve viktigheten av å ”fronte faget”. Informant 5s tette faglige tilhørighet og forpliktelse er hele tiden til stede under intervjuet. Det er i kraft av sin faglighet han har sett seg forpliktet til ledelse.

...Det er mange hederlige leger som lukker seg inn i det rommet med pasienten, og gjør det beste ut av dem der. Og all heder til dem for det. Men av og til skulle de kanskje, noen fler av dem, gått ut at det rommet, og sett hva det var mulig å få til. Uten å prostituere seg helt. Det er det jeg er spent på da, om dette er en form for prostitusjon, eller om jeg. He, he... ja... (Informant 5)

På den ene siden er informant 5 opptatt av ”hederligheten” ved å fokusere på pasienten. På den andre siden kan det også forstås som en faglig forpliktelse å gjøre noe med rammebetingelsene - å gå ut av ”rommet, og sett hva det var mulig å få til”. Disse to standpunktene lar seg ikke kombinere uten videre. Informant 5 betegner sitt eget prosjekt omå gå inn i ledelsen som mulig ”prostitusjon”. Selv om dette sies i en formildende og lattermild tone, så er den midlertidige omfavnelsen av ledelsesoppgaver ikke ”ekte kjærlighet”. Det er egentlig arbeid på klinikken leger skal holde på med, men samtidig fristes man mot mer administrativt forpliktende stillinger.

Diskusjon

Informantene som forfølger en midlertidig strategi er opptatt av nødvendigheten av faglig kompetanse og tilhørighet i ledelsen av avdelinger. I dette finner jeg en underliggende litt trist tone. Man har ofret noe som betyr noe, når man har gått inn i ledelsen. Informantene har et slags behov for å markere deres faglige prestisje og tilhørighet, og at det er denne som har brakt dem inn i ledelse. De har ikke et engasjement for ledelse i seg selv, og dette er en situasjon som helst skal gå over.

Å forfølge en midlertidighetsstrategi ser ut til å være forholdsvis utslitende. Dette er noe som koster mye, knyttet til både arbeidsmengde og tap av prestisje. Løsningen på de "uløselige" forventningene blir i dette tilfellet midlertidighet. Man tåler det for en periode, men dette skal ikke få lov til å bli en permanent situasjon.

Det er noe ambivalent i midlertidighetsstrategienes tilnærming. Informant 5 skisserte hvordan han forfulgte vanskelig forenbare ønsker i arbeidet sitt. Ambivalensen, vinglinga mellom pasienter og rammebetingelser, handler ikke om informant 5 som person, men de sosiale strukturer som skaper forventningene rundt rollen. Administrasjons og ledelsesoppgaver tilskrives i midlertidighetsstrategien verdi som slites mellom å være faglige og ikke-faglige, strukturene skaper en situasjon hvor man tiltrekkes og frastøtes på en gang. Disse motstridende normene, krysspreset, er hva Merton (1963) beskriver som sosiologisk ambivalens. Han er også opptatt av hvordan krysspress er et grunnleggende trekk ved legene som yrkesgruppe (Merton 1957).

For at mennesker skal fungere som sosiale aktører, er det viktig at dominerende normer alltid følges av mindre mot-normer. Uten disse har man ikke anledning til å gjøre avvik, håndtere eventualiteter, eller tilpasse seg det unike ved situasjonen. For ensrettede eller dominerende normer vil ikke være tilstrekkelig følsomme til å håndtere komplekse situasjoner på en vellykket måte (Merton 1963:130). Vanligvis forstås "press" som noe entydig negativt i forbindelse med arbeid, men Merton argumenterer altså for at krysspress også er muliggjørende. Man kan spørre seg om både en rendyrket profesjonsorganisasjon eller utelukkende byråkratisk styring av sykehus vil bære med seg en tilstrekkelig sensitivitet for de fintfølende spenningsforhold som finnes i et offentlig sykehusvesen. Jeg vil påpeke at sykehus ser ut til å være en organisasjon hvor uenighet har positiv eller balanserende verdi.

5.2.3 Informantenes tilretteleggende strategier

I mitt materiale framstår forestillingen om at det er et skille mellom yrkesgruppe og organisasjon som noe alle i yrkesgruppa kjenner til. Selv om alle kjente til skillet, var ikke alle enige i om hvorvidt det burde være et slikt skille, eller hvordan dette skillet skulle trekkes. Med dette kommer vi inn på den tredje og siste strategien som er generert fra mitt noe begrensede datamateriale. Sammenlignet med de to foregående typene formidler denne strategien en større tillit til sykehusorganisasjonen som rammeverk for faglig virksomhet.

For makt. Makt er jo ikke... Det kan jo være mange ting. Makt kan være en følelse av at man kan gjøre hva man vil, uten at man kan er gjør det. Men makt kan være å se muligheten og bruke den. Muligheten til å styre noe, ikke sant? Og vi føler jo ikke at vi mister muligheten til å styre noe, ved å sette sykepleiere som ledere av en sykehuspost, langt der i fra. (Informant 3)

I sitatet over er vi inne på noe av kjernen ved en tilretteleggingsstrategi. Selv om andre utfører enkelte kjerneoppgaver, har man ikke opplevelsen av å miste noe.

Tilretteleggingsstrategien innlemmer noe nytt i forståelsen av hva som skal være legenes knippe av kjerneoppgaver. Her blir rene lederoppgaver av for eksempel mer administrativ art som tilsynelatende ikke er medisinske, forstått som å være faglig forankret. Man trenger ikke bedrive de klassiske kjerneoppgavene for å besitte en faglig autoritet.

...vi som er litt erfarne, som er litt drevene i gamet, og som sitter i ledende stillinger, må beskjeftige oss litt med [dette: altså det informantene beskriver som ledelse]. For hvis du sitter i en avdelingsledelse som vår, uten å ha et forhold til disse tingene her, så har man manglende kompetanse. Det er helt nødvendig at en avdelingsledelse har kompetanse... har et helsepolitisk syn. Og kompetanse på dette med grenseflate mot andre spesialiteter og tiltak. (Informant 3)

Informant 3 understreker behovet for organisatorisk kompetanse, som for eksempel handler om ”grenseflate mot andre spesialiteter”. Han ser denne type kompetanse som en del av pakka, en del av hva faglig virksomhet på avdelingsnivå handler om. Har man ikke grep om slike ting som relasjonen til andre avdelinger, eller andre ledelsesaspekter, har man ”manglende kompetanse”. Er man ikke i stand til å håndtere dette, har man rett og slett tatt på seg feil jobb.

Foruten at helselederutdanning har en viss utbredelse blant overleger, understreker informant 3 også ledelsesoppgaver som noe ved den mer erfaringsnære og kulturelt forankrede delen av faget som yrkesgruppa forvalter. For eksempel gjennom utsagn som ”vi som er litt erfarne”. Organisasjonskompetanse og en større grad av omfavnelse rundt ledelsesoppgaver, er elementer ved en tilretteleggende strategi som skiller den fra de øvrige strategiene. Jeg vil som nevnt karakterisere dette som en utvidelse av hva som skal forstås som faglig eller kjerneoppgaver.

Sitatene til informant 8 utdyper dette nærmere. Hun arbeider på en større avdeling, og har liten tid til å drive direkte med pasientbehandling. Hun driver også mindre med forskning og undervisning sammenlignet med for eksempel overlegene som arbeider på seksjonsnivå. Hun anser heller ikke ledelsesoppgaver som offer eller noe uhensiktsmessig, slik de andre strategiene forteller om. Sitatet nedenfor er svar på et spørsmål om hva som er medisin i arbeidet hun driver med.

Det spørsmålet får jeg jo med jevne mellomrom. Og jeg får også spørsmål, eller noen kommentarer på at det er waste å bruke en lege til å sitte og holde på med så mye ikke-medisinske, som å bakse med budsjetter, og mye administrativt. Altså både det å være administrator og være leder, at man ikke nødvendigvis trenger å være lege for det. Men jeg synes jo at jeg bruker mye av mitt fag til å ta de beslutningene. Til å si hva som er godt nok, og til å si hva vi skal prioritere og satse på. Så jeg synes nok det er en del av... altså det å prøve å forvalte de pengene som samfunnet har satt til helse, på en fornuftig måte, det er ikke så lett å gjøre hvis man ikke kan ta ansvar for, eller føler seg komfortabel med, å ta de medisinske beslutningene som må tas underveis.
(Informant 8)

Informant 8 er opptatt av hvordan medisinskfaglig innsikt er avgjørende for å kunne ta administrative og økonomiske beslutninger. Hun peker på nødvendigheten av å ha av leger til å lede avdelinger. Det er kanskje bare leger som kan se konsekvensene av ulike administrative og økonomiske beslutninger på sykehus. Skillet mellom en tilretteleggende og midlertidig strategi handler om forståelsen av kjerneoppgavene. I midlertidighetstankegangen er økonomi- og administrasjonsoppgaver på siden av det leger skal drive med. Leger skal egentlig være på klinikken og behandle pasienter, eller for eksempel forske. Tilretteleggingstankegangen ser nettopp tilrettelegging, også som en del av kjerneoppgavene, og i mindre grad som noe forstyrrende på siden¹⁸.

Foruten en slik utvidet fagforståelse, er det også et annet aspekt i forståelsen av faget som er verdt å merke seg ved tilretteleggingsstrategien. Informant 8 er leder for en større avdeling. Hun har ikke anledning til å bedrive kjerneoppgaver på samme måte som informant 3. Dette fører til at hun ofte må forklare sin tilnærming til faget overfor kolleger.

... det er klart et miljø hvor folk er veldig opptatt av faglighet. Få faglige utfordringer, og ha høy faglig standard på det vi gjør. Ut i fra en gammel forståelse av avdelingsoverlegen, som den faglig tyngste i avdelingen. Det er en rolle som jeg har, men i forhold til hvor stor lederrollen er, så klarer man ikke å holde seg i front på alle fagfelter. Og når jeg sier det sånn, så er det litt fordi jeg ... det har på en måte vært en diskusjon. Jeg prøver å holde meg sånn jevnt oppdatert. Men sånn i forhold til å ta spissene så må andre gjøre det. Så må vi se det som en helhet og legge det til grunn. Både i forhold til rammebetingelser, og praktisk legge til rette, å stimulere og nøste ting inn igjen i forhold til avdelingen. (Informant 8)

Informant 8 forteller om en oppfatning av at hun kanskje ikke er så faglig som det kunne forventes at noen i hennes posisjon var. Hun beskjeftiger seg ikke nok med

¹⁸ Her er det verdt å merke seg at informant 8 ser ut til å ha en ikke-selvsagt forståelse av faglighet. Hun kommenterer hvordan ”det spørsmålet får jeg jo med jevne mellomrom”, og hvordan hun har fått kommentarer på at det er ”waste” å drive med administrative oppgaver. Slike brudd med etablerte forventninger i legefelleskapet kommer jeg nærmere inn på i neste kapittel.

kunnskapsoppgaver. Videre nevner hun at dette har vært en diskusjon på avdelingen. Det er tydelig at hennes forståelse av å gjøre lederskap og være fagperson samtidig, ikke er noen selvfølge. Hun forteller om at hun konfronteres med dette i det daglige arbeidet, og påpeker at den ”gamle” forståelsen av hennes posisjon er en litt annen enn den hun selv har. Hun har ikke anledning til å ”ta spissene” slik de på seksjonen kan, hun må fokusere på rammebetingelser og tilrettelegging.

Her brytes noen av postulatene om makt gjennom ekspertise i profesjonsorganisasjonen. Kollegene forstår ikke hennes faglighet som selvsagt. Derfor blir det også nødvendig å begrunne fagligheten. Dette gjør hun gjennom å påpeke at hun holder seg generelt oppdatert, men overlater spissene til andre. Argumentet hennes er at hun har en generalisert kunnskap som utstyrt henne med tilstrekkelig autoritet for å framstå som en legitim leder. Tilretteleggingsstrategien står og faller på om seksjonslederne og andre kolleger ser dette som holdbart. Men hvordan håndterer tilretteleggingsstrategiene fraværet av nærhet til kjerneoppgavene, hvorfor oppleves ikke dette som et tap?

S: Hvordan synes du det er å ikke ha så mye kliniske ting?

Informant 8: Det synes jeg går greit. Jeg synes at det kompenseres bra at jeg er så nære, at jeg har direkte personalansvar for så mange fagpersoner. Jeg er jo her så å si daglig, hvert fall på hverdager. Er på alle morgenmøter, en del fagmøter, får med meg mye av fagdiskusjonene. Og veldig mye av de spesielle tilfellene blir jeg jo involvert i. Der folk formelt sett synes de bør involvere meg, eller de snakker om ting som de har... som går inn på dem. Også er jeg en del med i forhold til å ... hva skal jeg si... i forhold til pasientprioriteringer, i forhold til når det er samtidighet og tungt belegg. Jeg synes at jeg er nærme fagmiljøet i det jeg gjør. Men ofte blir det jo litt på sånn... det blir ikke å stå klinisk bed-side, men hakket utenfor. Jeg tenker at jeg opprettholder mye av fagtanken i hodet mitt. Sånne tekniske prosedyrer og håndteringer, utstyr som vi har tatt inn nytt, etter at jeg gikk ut. Det er jeg ikke så god på, som jeg pleide å være da jeg var klinisk aktiv. Men jeg tenker at det kan jeg jo ganske fort hente inn hvis jeg vil. Jeg føler nok at jeg, ved å sitte som nærmeste til et så, skal vi si levende og stort fagmiljø, så henger man godt med allikevel. Og da gjør det ikke så mye at jeg ikke er aktiv. (Informant 8)

Hun står ”ikke [...] klinisk bed-side, men sånn hakket utenfor”. Hun driver ikke med pasientbehandling direkte. Men hun er så nær et ”levende fagmiljø” at det ikke gjør så mye. Selv om hun ikke driver ”aktivt” med kjerneoppgavene opplever hun ikke nevneverdig mindre grad av faglig tilhørighet. På denne måten forteller informant 8 om det jeg har kalt for en abstrahert fagforståelse. Det er distansen mellom den direkte kontakten og ”hakkert utenfor” jeg forsøker å beskrive med begrepet ”abstraksjon”. Gjennom et abstrahert forhold til kjerneoppgavene, opprettholder man en opplevelse av nærhet og tilhørighet til faget. Dette er likevel er brudd med mange kollegers forventning. Det er ”mange som spør” hva hun driver med. I slike tilfeller holder hun fram at hun i aller høyeste grad synes hun bruker faget til å ta de administrative beslutningene. Et tilfelle hvor informant 8s tilhørighet til yrkesgruppa og fagfellesskapet markeres er i møtet med andre yrkesgrupper på sykehuset.

... det er en kompleksitet i det som er litt spennende, det å gjøre seg opp en mening om hva som er godt nok. Og ta ansvar for at dette er forsvarlig behandling og... selv om det noen ganger er vanskelig. Så er det noe med at det gjør det spennende ... det er jo ikke helt sånn A4 økonomi. Man kan ikke bare slutte å gjøre det som man ikke tjener penger på. Det er noe vi til tider noe vi går i klinsj med økonomene på. (Informant 8)

Hun posisjonerer seg her som lege overfor en annen yrkesgruppe, økonomene. Selv om tilretteleggingsstrategien på noen områder ser ut til å utfordre etablerte forståelser av hva faglighet er i legefellesskapet, er informant 8 opptatt av å tilhøre yrkesgruppa fullt og helt. Det er ikke snakk om å bryte ut, eller skape noen form for konkurrerende yrkesgruppe av legeledere eller lignende. Slik jeg forstår det formidler hun et ønske om aksept for nye måter å forstå faget på. Det er snakk om å utvide, utfordre og redefinere hva som skal forstås som faglig relevante oppgaver, innenfor rammen av yrkesgruppa.

...vi har et litt mer avansert syn på dette med administrasjon og ledelse, enn kanskje... hehe... Ola Dunk blant legene altså. For å si det sånn. (Informant 3)

Han tilskriver sin egen administrasjons- og ledelseskompetanse som noe positivt, noe som hever ham over "Ola Dunk" blant legene.

Diskusjon

Tilretteleggingsstrategien innebærer en tilnærming til organisasjon hvor man verken trenger å gjøre seg relativt utilgjengelig eller imøtegå, slik de to andre strategiene bærer med seg. Tilretteleggingsstrategien ser snarere organisatoriske utfordringer som "spennende" (informant 8) eller som "variasjon" (informant 9), eller som nødvendig "kompetanse" (informant 3). Det er altså et markert skille mellom den kategoriske og midlertidige strategien på den ene siden, hvor fag handler om mest mulig beskjeftigelse med kjerneoppgavene, og tilretteleggingsstrategien på den andre. Selv om alle informantene i noen sammenhenger utfører tilnærmet likt arbeid, vil forståelsen av dette arbeidet være påfallende forskjellig. Her er det viktig å understreke at det ikke er snakk om å etablere noen ny yrkesgruppe, ellers se seg selv på siden av legeféllesskapet.

Jeg skal gå nærmere inn på den utvidede og abstraherte fagforståelsen gjennom et eksempel. Ved en liten avdeling eller seksjon, kan de administrative pliktene være så begrensede, at man kan operere med et utvidet fagbegrep hvor man beskjeftiger seg med ledelsesoppgaver samtidig som man bruker tilstrekkelig tid på kjerneoppgavene. Ved en større avdeling, kan de administrative pliktene gripe så om seg at man må gjøre kompromisser på kjerneaktiviten. Abstraksjon er en måte å håndtere en slik situasjon på, og fremdeles opprettholde sin faglige tilhørighet over tid. I begge tilfeller, med og uten kjerneoppgaver, forfølger man det jeg har karakterisert som en tilretteleggende strategi. Det er vanskeligere å opprettholde nærhet til kjerneoppgavene, og de administrative oppgavene blir mer krevende, ettersom man stiger i det organisatoriske hierarkiet. Det ser ut til at dette er en strategi som vil forekomme oftere lengre opp i organisasjonen. Men man kan i prinsippet forfølge en tilretteleggingsstrategi både fra seksjons- og avdelingsnivå.

Tilretteleggingsstrategien innebærer ikke en lederstil i byråkratiserende retning. Det er ikke snakk om en strategi som er spesielt gjennomsluktig, rutinisert eller standardisert, som ville kjennetegne byråkratiet. Heller framstår man her som en "black box" både for yrkesgruppe og organisasjon. Overfor organisasjonen har man en overlegen argumentasjon moralsk og faglig forankret i medisinen. Overfor yrkesgruppa har man en organisatorisk posisjon,

kjennskap og kyndighet som kan trumfe ren faglig autoritet. En vellykket delegeringsstrategi innebærer effektive maktteknikker begge veier.

Det er verdt å merke seg at jeg vil kalle den utvidede fagforståelsen et primærtrekk ved tilretteleggingsstrategien, mens abstrahering er sekundært. Med en abstrahert fagforståelse må man noen ganger eksplisitt forsvare og artikulere sin tilhørighet til fag og yrkesgruppe, noe de andre strategiene gjør i langt mindre grad.

5.3 Organisatoriske konsekvenser

Til nå har jeg hovedsakelig formidlet informantenes beskrivelser av eget arbeid. I denne delen av kapittelet skal jeg drøfte enkelte prinsipielle konsekvenser av de ulike strategiene nærmere, se på styrker og svakheter hver for seg, og hvordan de opptrer i møte med hverandre. Her er det i større grad mine fortolkninger som ytres. Det er verdt å merke seg hvordan en vellykket gjennomføring av alle de respektive strategiene hver for seg, bringer med seg effektive løsninger på det krysspreset som finnes på sykehus. Intensjoner og handlinger som er rimelige og formålstjenelige i den lokale konteksten kan likevel få uintenderte konsekvenser i samspill med andre strategier på aggregert nivå.

Den kategoriske strategien er en tilnærming som baserer seg på at omliggende forhold er relativt stabile. Gjennom den relative utilgjengeliggjøringen har mindre organisatoriske endringer vanskeligere for å nå fram. Disse forsøkene på endring kan for eksempel tolkes som meningsløse eller unødvendig merarbeid. For sykehuset som organisasjon i stort, blir små kursendringer i driften på denne måten vanskeligere å gjennomføre. De kan rett og slett ende opp med å bli ignorert. Det er heller de store og omveltende tiltakene som når inn i den kategoriske sfære, da disse er så gjennomgripende at de ikke lar seg ignorere. På et prinsipielt nivå kan man spørre seg om den kategoriske strategien delvis bidrar til flere og større organisatoriske endringer. Strategien vanskeliggjør gradvise kursendringer, noe som kan føre til at problematiske situasjoner for organisasjonen eskalerer, og man tvinges til mer radikale tiltak. Kanskje er jeg her inne på noe Berg skriver om når han påpeker: "Fortsatt synes ikke direktørens autoritet nedover, spesielt overfor det tunge sjikt av legeledere og legespesialister å slå godt igjennom" (Berg 2006:99-100).

Ikke-ignorerbare endringer kan være en grunn til at enkelte av informantene velger å gå inn i mer administrativt belastede stillinger. Når prosjektet om endringer eller forbedringer er gjennomført, kan man trekke seg tilbake. Dette er et slags midlertidighetsstrategisk idealforløp, altså en veksling mellom kategoriske og midlertidige tilnærminger til organisasjonen. Flere av informantene forteller om slike vekslinger i sin legekarriere, og det virker å være forholdsvis vanlig å skifte mellom det jeg har karakterisert som en kategorisk og midlertidig strategi. Hvilke organisatoriske konsekvenser kan slik vekselvirkning føre til? La meg illustrere med et konstruert eksempel.

Utøver A er opptatt med sine kjerneoppgaver, og forfølger en kategorisk strategi. Av ulike grunner opplever hun så sin situasjon som faglig uforsvarlig, og ser det som nødvendig å markere seg i organisasjonen. Hun leser situasjonen slik at hennes faglige autoritet ikke er tilstrekkelig for å påvirke de tiltak som er gjennomført. Hun skifter til en midlertidighetsstrategi, og går inn i en lederstilling på avdelinga. Her gjennomfører hun noen strukturelle endringer, for eksempel knyttet til fysisk lokalisering av noen seksjoner og ressursfordelingsnøkler.

Endringene fikk konsekvenser for utøver B, som for tiden er opptatt med sine kjerneoppgaver og forfølger en kategorisk strategi. Endringene A har iverksatt fører til at arbeidssituasjonen for utøver B blir faglig uforsvarlig. Grovt sett kan endringene initiert fra utøver A få to reaksjoner fra utøver B. For det første kan B gjennom sin relative organisatoriske utilgjengelighet forsøke å torpedere As prosjekt. Altså at B lar være å forholde seg til dette i det hele tatt, og fortsetter som før. Dette kan medføre at As opprinnelige faglig uforsvarlige situasjon også fortsetter. For det andre kan det føre til at B selv gjør et avbrudd i sin kjerneaktivitet, og går inn i en midlertidig organisasjonsperiode. Kanskje gjennomfører B reverserende endringer og situasjonen går tilbake til det opprinnelige. En situasjon som var uholdbar for A. B kan eventuelt gjennomføre helt andre endringer, som kanskje fører til at utøver C får en uholdbar situasjon. Og slik kan det oppstå en kjede av endring, som går videre og videre. Utøverne som er veldig opptatt å sette av tid til kjerneoppgaver, har på egenhånd skapt en situasjon hvor det blir mindre tid til dette. Det er yrkesgruppa selv som genererer endringene og merarbeidet. Den kaotiske situasjonen i eksempelet er resultat av ukoordinert bruk av faglig autoritet. Det ser ut til at det tette systemet i seg selv skaper endring, og derfor også organisatorisk merarbeid.

Ofte ser man for seg endring som resultat av personlig initiativ. Noen ressurssterke personer får en god idé, og gjennomfører denne. Dette skjer ofte på sykehus. For eksempel kan faglig nyutvikling føre til at den respektive fagpersonen ser det som nødvendig å ta initiativ til å gjennomføre organisatoriske endringer. Et trekk ved det overstående konstruerte eksempelet er hvordan initiativet til endring ikke forankres hos individene. Individenes handlinger blir i eksempelet motivert av hendelser i et tett sammenvevd system, heller enn av personlige initiativer. Det er endringer utenfor ens lokale sfære og kontroll som får lokale konsekvenser. Endringsinitiativet er i eksempelet forankret i relasjonene, ikke i individene.

De kategoriske og midlertidige strategiene sikrer til en viss grad at utøverne beholder muligheten til å beholde kontroll på lokalt nivå, på avdelinger og seksjoner. Dette forholdsvis kaotiske systemet generer likevel vanskeligheter for sykehuset i stort. Konfliktfylte endringsprosesser kan som nevnt føre til unødig merarbeid. Man får mindre tid til kjerneoppgavene, den faktiske pasientbehandlingen. Den kaotiske situasjonen er en uintendert konsekvens på aggregert nivå, generert av beslutninger som var rimelige i en lokal kontekst.

Tilsynelatende skårer tilretteleggingsstrategien full pott i møte med et slikt system. Gjennom en fullverdig faglig tilhørighet og anerkjennelse, og en betydelig formell organisatorisk posisjon, har man mulighet til å gjennomføre egne prosjekter. Også her er det likevel noen skjær i sjøen. I profesjonsorganisasjonen følger autoritet av ekspertise, som påpekt i tidligere kapitler (se også Mintzberg 1989:176). Den vellykkede tilretteleggingsstrategien vil i diskusjoner med kolleger argumentere bedre enn hva hennes tid på kjerneoppgaver, altså hennes faglige prestisje og ekspertise, skulle tilsi. Tilretteleggingsstrategien etablerer seg derfor i et spenningsfelt mellom yrkesgruppas forventning om hvem som skal ha makt, og hvem som faktisk har det. Dette kan være en viktig grunn til at aktører som forfølger tilretteleggingsstrategiske tankeganger kontinuerlig vil bli utfordret og konfrontert på sin faglighet. De bryter med veletablerte forventninger i yrkesgruppa.

En potensiell konsekvens av å ikke framstå som faglig nok (noe som ikke så ut til å være empirisk tilfelle i mitt materiale), kan være at kategoriske og midlertidige strategier nøytraliserer innspill fra tilretteleggingsstrateger. Utøvere med en kategorisk strategi vil kunne ignorere og avskrive tilretteleggingsstrategenes meninger som uvesentlig. Midlertidighetsstrateger vil framstå som overlegne i de direkte og konfronterende

fagdisputtene internt på sykehuset. De som forfølger en tilretteleggende strategi risikerer å bli stående igjen med uvesentlig påvirkningskraft overfor hva som skal skje på sykehuset.

I verste fall vil maktesløse tilretteleggingsstrategier møte kategoriske strategier med skylapper og fokus på egen situasjon, som igjen generer krigerske midlertidighetsstrategier med ufravikelige agendaer. Det står ikke så galt til med norske sykehus, men en indikasjon på koordinasjonsproblemer kan knyttes til vanskeligheter med overholdelse av budsjett ved norske sykehus de siste åra (se for eksempel Opedal og Stigen 2005; Berg 2006).

Markeringa av faglig autoritet og prestisje kan også føre til at ressurser allokeres til avdelinger med sterke faglig autoritære ledertyper. I ettertid viste det seg imidlertid at disse ressursfordelingene i større grad var preget av tilfeldigheter i det fragmenterte systemet, enn av en overordnet strategi. Kontinuerlig skiftende strategier, som tidvis kan være motstridende, hører med til hva Mintzberg skriver som kjennetegn på profesjonsorganisasjonens lokale styring. Her er det verdt å holde fram at han også understreker hvordan profesjonsorganisasjoner har svært stabile overordnede mål (Mintzberg 1989:188). Tross skiftende lokale strategier, er det ingen tvil om hva sykehus driver med i stort.

Helt til slutt i dette kapittelet vil jeg understreke strategienes ulike tilskrivning av faglig verdi til ledelsesoppgaver. For eksempel forteller informantene jeg har gruppert i en midlertidig strategi (informantene 5 & 6), ikke om å tiltre i avdelingsposisjoner som et ledd i en karriereplan. Heller er det en pause, et opphold av nødvendighet, i legekarrieren (dette finner også Mo 2006:141-142). En annen indikasjon på kjerneoppgavenes forrang overfor ledelsesoppgavene kan illustreres gjennom at ingen av informantene på seksjonsnivå hadde noe uttalt ønske om å rykke opp til avdelingsnivå. Blant disse strategiene forstås ledelsesoppgaver som noe på siden av hva leger forventes å gjøre på sykehus.

Tilretteleggingsstrategiene var de eneste som så ledelsesoppgaver som har en positivt, eller faglig verdi. Disse markerte også hvordan de var klar over at de brøt med etablerte forståelser blant leger. Med dette går jeg et skritt bort fra handling, og leder inn på informantenes forståelser og fortolkninger, som er tema for neste kapittel.

6. Informantenes forhold til sykehusorganisasjonen

I forrige kapittel skisserte jeg strategier som kjennetegnet informantenes handlinger. I dette kapitlet er det informantenes fortolkninger av egen yrkesgruppe og organisasjon som står i sentrum. Starten av dette kapitlet etablerer hvordan mennesker bruker *fortellinger* for å forstå. Begrepet om fortellinger bruker jeg i en smal definisjon gitt av Charles Tilly. Videre gjennomgår jeg informantenes fortellinger knyttet til tre ulike emner. For det første behandler jeg deres fortellinger om relasjonene til kolleger internt i yrkesgruppa. Her virker det å være et ganske hardt miljø og en kamp om ressurser på vegne av eget fagfelt og avdeling. For det andre viser jeg til fortellinger om hvordan administrasjon gjør seg stadig mer gjeldende i informantenes arbeidshverdag, og i hvilken grad de aksepterer dette. For det tredje diskuterer jeg fortellinger om hvilke aktører som står bak de administrative påleggene. I den ene enden er det noen informanter som er opptatt av hvordan andre yrkesgrupper spiser seg inn på legenes domene. I en mellomposisjon er det en gruppering som er opptatt av hvordan litt vage aktører, som ”byråkrater”, ”ledelsen” eller ”apparatet”, står bak administrativ inngripen. En tredje gruppering forstår de organisatoriske strukturene i større grad som medisinskfaglig initiert. Det siste av emnene framstår som mer kompleks enn de to første, og har derfor fått en mer omfattende redegjørelse.

6.1 Fortellinger

Overleger inngår i en organisasjon med en rekke ulike aktører de må forholde seg til, det være seg kolleger, andre yrkesgrupper, pasienter, ledelsen eller politikere. Dette er en kompleks sosial virkelighet, med et utall av – ofte motstridende - forventninger å forholde seg til. Noen klassiske spenninger av denne sorten er for eksempel at leger forventes å ta på alvor yrkesgrupper de samarbeider med, og ikke være autoritære eller dominerende overfor dem. Samtidig skal han eller hun ha det endelige ansvaret, og forventes å se til at arbeidet til andre yrkesgrupper holder tilstrekkelig høy standard. Et annet eksempel er at legen forventes å spørre om hjelp når han eller hun trenger støtte, vel og merke uten å framstå som nølende eller usikker. En tredje forventning kan være hvordan legen skal tilby god og veloverveid hjelp til hver enkelt pasient. Samtidig skal ikke behandlingen av en pasient gå ut over en annen (en rekke slike spenninger skisseres i Merton 1957:73-75)

Selv om dette sosiale landskapet er mangeartet, har mennesker en påfallende evne til å formidle logiske og sammenhengende fortellinger om sin situasjon. Charles Tilly som er opptatt av hvordan mennesker beveges til å handle i ulike situasjoner har kommet frem til at innfløkte sosiale forhold kan "forsegles" nettopp gjennom fortellinger (Tilly 2002:x). Han gir slike fortellinger noen kjennetegn: Individene danner fortellinger om hvordan situasjoner og relasjoner oppleves. Som oftest bærer disse fortellingene preg av å innebefatte et oversiktlig antall karakterer. Det være seg personer, grupper eller nasjonalstater for den del. Det er også avgrensninger innenfor tid og rom. Forhold som finner sted utenfor fortellinga, altså utenfor de avgrensede karakterene, tiden og rommet, blir ikke sett på som relevante. Enten er slike forhold "tilfeldigheter" eller så "er det bare slik". Som følge av dette framstår karakterene som relativt uavhengige, bevisste og selvmotiverte, noe som gir fortellinger et teleologisk preg. Utgangspunktet kan være situasjonen på en sykehusavdeling slik den er i dag. Hvorpå man spoler seg tilbake i tid, og identifiserer en rekke hendelser, personer og situasjoner som synes å ha en signifikant innvirkning slik at resultatet ble som det ble. Dette er hva Tilly kaller standardfortellinger (Tilly 2002:26)¹⁹. Fortellingene kan gjerne bli fortalt kronologisk, mens forklaringskraften går baklengs. Slike fortellinger finnes over alt, og det er et av de viktigste verktøyene mennesker har til å navigere i sin sosiale verden. Gjennom standardfortellingene etablerer vi antatte sannheter om verden rundt oss som vi kan handle ut fra.

Standard stories, in short, pop up everywhere. They lend themselves to vivid, compelling accounts of what has happened, what will happen, or what should happen. They do essential work in social life, commenting people's commitment to common projects, helping people make sense of what is going on, channeling collective decisions and judgments, spurring people to action they would otherwise be reluctant to pursue. Telling stories even helps people recognize difficulties in their own perceptions, explanations, or actions, as when I tell a friend about a recent adventure only to remark – or to have my friend point out – a previously unnoticed contradiction among the supposed facts I have laid out (Tilly 2002:27)

Fortellinger forsøker å redegjøre for "Hva har hendt her?" og "Hvorfor har akkurat dette skjedd?". I slikt arbeid for å forstå ens egen situasjon, inngår det møter med andre, som igjen har sine fortellinger om hva som har skjedd. I disse møtene utveksles det fortellinger, man

¹⁹ Tilly argumenterer for at fortellinger spiller en fundamental rolle i vår forståelse av den sosiale omverden, og utelukker verken at dette kommer av våre nevrologiske hjernestrukturer, eller at det er resultat av dypt forankrede kulturelle trekk, gjerne også en kombinasjon. Poenget her er ikke så mye hvor fortellingene oppstår fra, men faktumet at fortellinger finns, og kartlegging av hvilken rolle fortellinger spiller i vårt sosiale liv (Tilly 2002:8; 29).

slår fast eller endrer på etablerte forestillinger og antatte sannheter i de sosiale omgivelsene som omgir en. Informantenes fortellinger om hvordan de forstår hendelser og hva som skjer på sykehuset, er derfor ikke monologer eller resultat av en slags total individualitet.

Fortellingene deres oppstår gjennom en stadig utveksling av informasjon mellom aktører.

Korreksjoner av gamle utsagn og nye elementer flyr fram og tilbake blant deltakerne. I disse transaksjonene etableres overraskende ofte felles forestillinger og enighet om hvordan hendelser skal bli forstått og hvilken mening de skal tillegges (Tilly 2002:Kap 1). I den følgende gjennomgangen av informantenes fortellinger er det tydelig hvordan deres individuelle fortellinger er formet av møte med andre fortellinger. Jeg vil til og med argumentere for at informantene kommenterer og lager sine varianter ut fra noen få overordnede, allment aksepterte og etablerte ”sannheter”.

Fortellingene som presenteres i dette kapittelet er et resultat av informantenes møte med organisasjon, pasienter, kolleger og andre, som de gjenforteller til meg i intervjusituasjonen.

For informantene, som for folk flest, fungerer fortellingene som et verktøy til å systematisere, få oversikt over, og skape mening i den situasjonen de befinner seg i.

Informantene kommenterer, er enige eller uenige i etablerte forståelser og meninger om hvordan det er å arbeide som ledende overlege på avdelings- eller seksjonsnivå på et større sykehus i Norge. Intervjuene kretser rundt forestillinger etablert av kollektive fortellinger.

Det er disse større felles fortellingene jeg skal forsøke å formidle, gjennom bruddstykker og sitater fra informantene.

6.2 Informantenes fortelling om gjensidig avhengighet kolleger imellom

... ja, det er jo en sånn dreining. At hvis noen skal gjøre mer og få mer penger. Så må andre gi fra seg på en måte. Og det er ingen som vil det. En vanskelig utfordring.

Ganske mye arbeid går på sånn strategi-økonomi. (Informant 8)

I denne delen av kapittelet fokuserer jeg på informantenes relasjon til hverandre, det vil si relasjonene internt i yrkesgruppa. Alle informantene er opptatt av at avdelingene og

seksjonene de representerer inngår i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre. Skulle noen få mer terreng og ressurser, betyr det at noen andre får mindre. Dette er et forholdsvis fastlåst system. Alle informantene forteller om diskusjoner og forhandlinger med andre avdelinger, hvor møtet med andre kolleger står sentralt. Fastlåsningsen og den gjensidige avhengigheten er rammebetingelser for informantenes fortelling om hvordan de forholder seg til hverandre. Noen av informantene forteller om situasjonen som et tilnærmet nyttemaksimerende null-sum-spill. Andre ser i mindre grad ut til å ville akseptere slike betingelser. Igjen starter jeg med et ytterpunkt.

Det er også litt min rolle i dette her. Det er litt mer skurk altså. He, he... hvert fall litt mindre beskjedne, litt mindre ydmyk, litt stikke brystkassa frem og si at «hør her, dette her er vi gode på og nå vil vi ha en plass som svarer til de oppgavene vi skal ha».
(Informant 5)

Og hvis vi fyller opp alle plassene så må vi ha litt større budsjett. Vi kan godt tenke oss å overta ansvar, og få noen flere penger... men det sier vi ikke så veldig høyt. For da tramper vi noen andre på tærne. Men de som sier «vi har altfor mange pasienter, og altfor lite penger, og vi vet ikke hva vi skal gjøre med det». De står for fall
(Informant 3).

Informantene 3 og 5 har gjerne hatt sprikende synspunkter. Men når det kommer til tilrettelegging for eget fag og avdeling, er de begge ambisiøse og ekspansive. Informant 5 forteller om hvordan han ønsker å "stikke brystkassa fram", og få en posisjon på sykehuset han mener faget og avdelinga fortjener. Informant 3 uttrykker også noe ekspansivt og offensivt på egne og avdelingas vegne.

Informantene 4 og 6 framstår som mindre offensive, men begge forteller om nødvendigheten av å måtte bruke faglige argumenter for å markere eget ståsted i debattene om ressurser internt på sykehuset.

... Og det er jo det med lederskapet, det med å drive avdelingen videre, å legge strategier og mål og å jobbe frem i mot det. Få de nødvendige ressursene, slåss med andre om ressurser. Det er jo det det handler om. At du skal få noe på bekostning av andre [...] det å forhindre at noen andre skal få noe på bekostning av deg selv. Ditt område. (Informant 4)

I informant 4s fortelling skisseres et ganske hardt miljø internt på sykehuset. ”Å få” på bekostning av andre, og ”forhindre” at andre får på bekostning av en selv, er et grunnleggende aspekt ved lederskapet av avdelinger. Informant 6 forteller noe liknende, men med andre ord.

... nei, det er ikke sånn at jeg ”å ja, ja... så var det [informant 6s avdeling] da...” he, he, så det er greit når jeg sier i fra. Men jeg må være der å si i fra hele tiden, eller så glipper det. Og det er jo ikke unaturlig, vi er små, og det er klart at de store tunge medisinske fagene roper høyere enn oss. (Informant 6)

Selv om informant 6 ikke forteller om offensive planer på samme måte som informantene 3 og 5, må hun likevel gjøre et kontinuerlig faglig argumentasjonsarbeid for å opprettholde den posisjonen hennes fag og avdeling har. Man kan ikke stille seg på siden av, eller uten videre avblåse null-sum-spillet mellom fagfelt og avdelinger. Mens informantene 3 og 5 forteller om en offensiv tilnærming om å få noe, ser det ut til at informant 6 i større grad arbeider i retning av å forhindre at de mister ressurser. En tolkning av dette kan knytte seg til hvordan det generelle diskusjonsmiljøet internt på sykehuset ser ut til å være forholdsvis hardt. De historiske kapitlene har også indikert hvordan det er tydelige krav til overholdelse av budsjetter, og en kamp om tilgang til ressurser.

Det generelle bildet som tegnes her, er en fortelling om et ikke-ignorerbart element av spill avdelingene imellom. Det er systembetingelsene som ligger til grunn for dette spillet. Likevel er det verdt å merke seg at de fleste av informantene ikke ser ut til å jobbe for å begrense konsekvensene av dette spillet. Utad framstår ofte legene som en ganske solidarisk

yrkesgruppe, men det bildet som tegnes her, er av et forholdsvis hardt miljø. Informant 8 er den av informantene som skarpest posisjonerer seg i den andre enden av skalaen:

Jeg synes ikke det er noen vits i å gjøre et tiltak hvis vi sparer noen kroner på vårt budsjett. Hvis jeg vet at jeg lemper en svær utfordring på andre. At sykehuset samlet sett vil tape, så har det jo ikke noe for seg. Det er nok litt. Det ja, men... ikke for det. Det er mange som er sånn også (Informant 8).

Hun ønsker ikke å lempe økonomiske utfordringer over på andre, og skiller seg fra de foregående gjennom fokuset på ”sykehuset samlet sett”. De andre informantene lot i mindre grad et slikt helhetshensyn komme fram i sine fortellinger. Kommentaren ”det er mange som er sånn også”, er verdt å merke seg. Som jeg skal komme mer inn på i dette kapitlet, leser jeg dette som en måte å kommentere den etablerte fortellingen. Man er klar over hvordan det ”egentlig” skal gjøres, og markerer at slik er det ikke her. Fortellingen om å prioritere sitt fagfelt, og sin avdeling, ser ut til å være forholdsvis godt etablert.

Diskusjon

Betingelsene som beskrives fokuserer ikke på innsats, produktivitet og effektivitet, men *økt* innsats, *økt* produktivitet og *økt* effektivitet. Systemet generer en konkurransesituasjon som sikrer at avdelingene hele tiden er i utvikling. Det kontinuerlige argumentasjonsarbeidet overfor de andre avdelingene, samt den interne fagutviklinga av egen avdeling, er et arbeid som ikke i for stor grad kan forsømmes. Dette har positive effekter for sykehusets drift, fagets progresjon og pasientbehandlingen – en utvikling som også er ønskelig fra informantenes ståsted. Samtidig betyr dette at informantene, som personer med tidsmessige og menneskelige begrensninger, må klare å avgrense seg selv overfor strukturenes forventninger og krav.

Fortellingen om hvordan en skal forholde seg til andre avdelinger og fagfelt indikerer at yrkesgruppa selv utøver et press på informantene. Informant 8 er den eneste av informantene som aktivt stiller seg på siden av dette. Likevel er det min tolkning at den generelle tendensen går i retning av at informantene må bruke mye tid og energi på spillet om fordeling avressurser.. De ser ut til å være relativt fastlåst i en slik null-sum-spill-

situasjon. Forventningene fra fortellingen, eller det vi i denne sammenheng kan kalle spillets regler, bærer med seg noen antakelser som legger føringer på hvilke handlinger informantene kan tillate seg. Den som er for gavmild, passiv eller rundhåndet kan risikere å bli forbigått. Dette kan føre med seg ganske skjebnesvangre konsekvenser for ens egen situasjon.

Fortellingene til informantene tyder på at man ved norske sykehus i dag må ”be running to stand still”. Det er et kontinuerlig behov for å markere ens egen avdeling og dens behov, viktighet og posisjon i den løpende debatten om allokering av ressurser internt på sykehuset. En debatt som ikke har noe tydelig definert endepunkt. Avdelingene kan alltid bli litt bedre, få litt flere spesialiserte behandlinger, få litt flere ressurser. Det kreves tung innsats for å opprettholde status quo.

Dette er åpenbart også et spill med begrensede konsekvenser. Mange fagfelt er det umulig å gjøre betydelige endringer med. Likevel kan relative endringer være alvorlige nok. Selv om behandlingstilbudet ikke umiddelbart ville svekkes, er det kanskje lettere å forstyrre den langsiktige fagutviklinga, som har like alvorlige men mer indirekte konsekvenser.

La meg understreke graden av fragmentering internt i yrkesgruppa opp mot en innsikt fra forrige kapittel. I midlertidighetsstrategien leste jeg inn hvordan man oppga noe individuelt for å vinne på det kollektive nivået. Fortellingen om relasjonene kolleger imellom går i retning av at selvoppofrelse gjøres på vegne av eget fagfelt og avdeling, personlig nære prosjekter, ikke for medisinen eller sykehuset i stort.

6.3 Informantenes fortelling om administrasjon²⁰

Alle informantene opplever at det dukker opp mer eller mindre forutsette administrative oppgaver i arbeidet sitt, og de har derfor en fortelling om administrasjon. Den generelle trenden i mitt materiale er at informantene enten opplever selv, eller uttrykker generelt, at

²⁰ I presentasjonen av informantenes fortelling om administrasjon, forsøker jeg å behandle administrasjon som noe selvstendig, noe i seg selv. I virkeligheten vil forhold som jeg holder fra hverandre analytisk, være tett sammenfiltret. Forholdet mellom administrasjon som noe i seg selv, og hvilke aktører informantene forstår det som at står bak administrasjonen er et eksempel på slike sammenfildrede forhold. Likevel har jeg forsøkt å presentere dette hver for seg i dette kapittelet.

administrative oppgaver er det mye av, kanskje for mye, og at det er en utfordring å begrense egen beskjeftigelse med slike oppgaver.

Denne fortellingen brukes som en antatt sannhet, men informantene posisjonerer seg på ulikt vis. På den ene siden er det noen, særlig informantene 1, 5, 6, 7 og 9 som forteller om administrasjon som noe problematisk, men med ulik grad. På den andre siden finner vi særlig informantene 3, 4 og 8, som mener man må tilpasse seg de administrative forhold. Vi kan si at informantene befinner seg på et kontinuum mellom aksept og ikke-aksept i forståelsen av administrative oppgaver som relevant for dem å gjøre. Jeg starter redegjørelsen med informantene som er mest kritisk til administrasjon, og beveger meg mot dem som i større grad forstår administrasjon som noe en må tilpasse seg.

... det du med et stikkord kan kalle en byråkratisering av sykehuset, som gjør at mer av tiden går med til å forholde seg til administrative forhold. Mindre av tiden går med på å drive reel behandling og omsorg og pleie. Dette gjelder ikke bare lederne i helsevesenet. Men en slik byråkratisk tenkemåte sprer seg også til selve utøverne. Så også de, hver enkelt sykepleier og lege bruker mye mer tid på byråkrati, grasrot byråkrati enn de gjorde før. [...] Det kan ikke bare måles i antall administrativt ansatte. Man måtte også prøve å kvantifisere hvor mye hver enkelt utøver i dag bruker på pasientkontakt, i forhold til administrative prosedyrer. Der tror jeg er en skremmende endring. Og da er det ikke rart at helsevesenet blir dyrt, tenker jeg. Jeg tror at det er overadministrert. Jeg tror vi bruker alt for mye penger på å flytte papirer, og til dels idiotiske henvendelser fra overordnet myndighet. (Informant 5)

Informant 5 er den mest kritiske til administrative oppgaver i mitt utvalg. Han skisserer med bekymring og frustrasjon hvordan byråkratiske tenkermåter stadig spiser seg inn, og stjeler fokus og energi vekk fra kjerneoppgavene. Det er to aspekter ved informant 5s fortelling jeg særlig vil understreke. For det første at det blir flere administrative oppgaver. For det andre hvordan det er vanskeligere å komme unna slike oppgaver. Informant 5 beskriver det som ”grasrot-byråkrati”, som betyr at det ikke bare er de administrativt ansatte som driver med administrasjon. Han synes det er en ”skremmende” endring han er vitne til. Informantene 7 og 9 forteller også om skepsis til den administrative utviklinga på sykehuset:

... jeg synes nok at det går med altfor mye verdifull legetid til dette [det administrative] arbeidet. Man har jo delt opp budsjettet også. Man har en bitteliten bit av budsjettet. Man kan verken øke det eller minske det. Det blir å signere regninger. Man har satt en lege til alt for mye sekretærarbeid da. Hvis jeg skal si det med få ord. (Informant 7)

... ja, jeg har ingen til å hjelpe meg. Og det er jo noe som jeg savner. Jeg gjør jo veldig mye. Nå får jeg snart ansatt en lederassistent, men jeg driver med arkivering, kopiering, oppsett i permer altså sånne idiotoppgaver... eller jeg mener jo ikke at det er idiotoppgaver, men det er litt misbruk av min arbeidstid. Synes jeg... (Informant 9)

Informant 7 og 9 betegner administrative oppgaver som ”sekretærarbeid” og ”idiotoppgaver”. De anerkjenner samtidig at administrasjon er nødvendig, men de syns det er problematisk at tunge fagpersoner som overleger må bruke tid på disse oppgavene. Uttalelser som ”jeg mener jo ikke at det er idiotoppgaver, men det er litt misbruk av min arbeidstid”, betoner dette.

Informantene 7 og 9 støtter informant 5 i at det er mye administrativt arbeid som må gjøres. Det administrative arbeidet forstås også som noe det er vanskelig å komme unna. Informantene forteller at det er noe bydende i kravene om at administrative oppgaver skal utføres, selv om disse informantenes vurdering er at dette arbeidet ikke er så sentralt, i alle fall ikke for dem å utføre. Ytterpunktet er hvordan administrasjon tilskrives som et problem ved sykehuset som system, mens en mildere variant ser administrasjon som problematisk for sin egen lokale situasjon. Informantene 3 og 4 har en litt annen tilnærming. De forteller om hvordan de har hørt om overadministrasjon, men at dette ikke er tilfellet for dem selv.

... Og det er jo også noe som jeg har hørt veldig mange ganger i alle stillingene som har vært. Som har hatt noe med ledelsen. Så har det vært dette her [...] i fra sykepleierleder, for de er ofte veldig, veldig frustrerte, for de blir ofte i stor

utstrekning administratorer istedenfor ledere. Og det opplever egentlig ikke jeg at jeg har blitt, noe sted. Faktisk. For jeg har egentlig fått lov til å drive med ledelse og strategiarbeid, med utgangspunkt i medisinskfaglig kompetanse. (Informant 4)

Informant 4 kommenterer hvordan sykepleierledere forteller om hvordan de får for mye administrative oppgaver å ta hånd om. Etterpå forteller han at dette ikke har skjedd med ham selv.

Et trekk ved sitatet jeg vil bemerke, er bruken av ordet ”faktisk”. Setningen som leder opp til dette ordet handler om ledere som opplever seg som administratorer istedenfor ledere, noe han selv ikke har opplevd. Ordet ”faktisk” som følger av disse setningene impliserer at det ikke er noen automatikk i det som har blitt informant 4s erfaring. ”Faktisk” peker mot en allmenn forestilling om at man tvert imot kunne forvente, i løpet av en legekarriere, å oppleve å få for mye administrasjon å håndtere. Det er interessant å lese informant 4s fortelling som en kommentar til aspekter ved fortellingene til informant 5, 7 og 9. Selv om informant 4 ikke opplever de administrative aspektene som så presserende i sitt daglige arbeide, bemerker han hvordan dette ikke er noen selvfølge. Administrasjon som tar overhånd er en fortelling han kjenner til, og som han kommenterer, selv om det ikke angår ham selv. Dette var noe alle informantene hadde et forhold til, enten gjennom egen erfaring, eller noe de visste om. Fortellingen om overadministrasjon ser ut til å være godt etablert.

Informant 3 kommenterer forskjellen mellom å jobbe på seksjonsnivå og lenger opp i sykehushierarkiet:

Det er hele det kliniske, du mister det kliniske [oppover på avdelingsnivå]. Du blir sittende med bare administrasjon og ingen ledelse. Og det er jo noe av problemet, dette er personer som ser for seg at det skulle være fint å stige i gradene. Men de er ikke ledere. De liker ikke ledelsesaspekter, de ender opp med bare administrasjon. De har ikke noen visjoner om hvordan det skulle vært her. De liker ikke å endre på ting. De syns økonomiarbeid er noe herk. De tenker: Her skal jeg få dette kontoret, her skal jeg sitte. Det er sikker fine greier? Hva skal jeg gjøre for noe da? Helst så lite en kan. Så ender det opp med bare kjedelig arbeid da. For noen kommer på døra

og sier: "Nå er Pedersen sykemeldt, hva skal vi gjøre?" Og så sier du: Nei da må vi prøve å se om vi... kan ikke Knut prøve å... "nei, nei, han skal til Kanariøyene", skjønner du? Så sitter du igjen med masse praktisk problematikk, masse træl, som er av administrativ karakter. Det er få leger som egentlig liker det, ikke sant? Det er få leger som liker det. (Informant 3)

I likhet med informant 4 kommenterer informant 3 fortellinger og forestillinger om overadministrasjon han har hørt eller sett, uten at dette er noe han opplever påvirker hans eget daglige arbeid. Han forteller om hvordan leger som ønsker å stige i gradene ikke har den rette motivasjonen. De "har ikke visjoner", "liker ikke å endre" og gjør "helst så lite en kan". Utgangspunktet er fortellingen, men hans diagnose er at leger som ender opp med for mange administrative problematikker, i forholdsvis stor grad er skyld i det selv. Administrasjon er det for mye av, men det er ikke noe som blir pålagt utenfra, slik de mer kritiske informantene forteller om. Alle informantene referer imidlertid til noe felles, en fortelling om nødvendigheten av å avgrense seg mot administrative oppgaver. Informant 8 posisjonerer seg på nok en ny måte, gjennom begrepet "underadministrert".

Det blir kanskje sånn at man over tid tenker at man blir mer administrator enn man skulle ønske, og litt mindre tid og kapasitet til å være leder. Det gjelder sikkert mange. Vi er ganske liten administrasjon, i forhold til at vi er en stor avdeling. Det er ikke så mange som ikke jobber med klinisk drift. Vi er nok litt sånn underadministrert (Informant 8).

Mens de andre informantene er opptatt av hvordan administrasjon er noe som kommer utenfra og blir pålagt dem, forteller informant 8 om hvordan avdelinga i seg selv genererer administrative oppgaver man må ta seg av. Hun forteller at det på hennes avdeling er et reelt behov for flere administrative stillinger. En motsetning til mye av hva de andre informantene har fortalt om. Hun kommenterer fortellingen gjennom å understreke at man fort bli mer administrator enn leder, og at "det gjelder sikkert mange". Men forstår det som at problematikken genereres av forhold internt på avdelinga.

Diskusjon

Min tolkning er at sitatene om administrasjon ser ut til å kommentere den samme fortellingen: Det kan være for mye administrasjon, og disse oppgavene kan være vanskelige å holde unna. Informantene opplever det som en nødvendighet å forholde seg til, men begrense omfanget av de administrative kravene. Uavhengig av positive eller negative, vellykkede eller mislykkede tilnærminger til administrasjon, er administrasjon noe man må ta aktivt standpunkt til. Informantenes subjektive opplevelser av hvordan administrasjon brer om seg, støttes også av redegjørelsen i de historiske kapitlene.

Fortellingene etablerer "sannheter" om et system som generer flere og flere administrative arbeidsoppgaver. Systemet framstår som umettelig, og administrative oppgaver borer seg inn i arbeidshverdagen. Dette er system-egenskaper som individet må begrense omfanget av. Alle forholder seg til denne fortellingen, selv om de i svært ulik grad opplever konsekvenser av en slik forestilling. Det er ikke anledning til å generalisere ut fra et utvalg på 9. Jeg vil likevel holde fram noen prinsipielle, men ikke nødvendigvis generelle, implikasjoner av antakelsene om administrasjon. Hvis overleger forstår organisatoriske henvendelser som et potensielt bunnløst sluk, som suger til seg ens egen arbeidskraft, kan dette gi alvorlige konsekvenser for organisasjonen i stort. Antakelsen skaper et perspektiv hvor man uten slike avgrensninger vil miste anledningen til å bedrive kjerneoppgavene overhodet. Det vil gjøre det logisk og fornuftig for overleger å holde seg unna, og skape skiller mellom egen (fag-)aktivitet og det organisasjonen driver med. Jo skapere skille som konstrueres, jo vanskeligere blir overordnet styring av sykehuset. Redegjørelsen i forrige kapittel indikerer at det finnes både strategier som skaper skarpe skiller (kategoriske strategier), og strategier som virker mer imøtekommende (tilretteleggende strategier).

6.4 Informantenes fortelling om organisatorisk inngripen

Hvem eller hva står bak administrasjonen? Hvordan forstår informantene de administrative oppgavene som tar stadig større plass? Igjen finner jeg noen felles utgangspunkt og antakelser om hvordan dette henger sammen. Men de ulike variantene, posisjonene og forståelsene, spriker betraktelig mer i denne fortellingen, enn i den foregående. Kanskje handler dette om hvordan fortellinger stadig bearbeides og er i endring (Tilly 2002:28). Jeg har sett meg nødt til å gi den følgende presentasjonen et romslig omfang.

Den generelle trenden blant informantene er at de synes at organisasjonen har fått mer makt, på bekostning av den enkelte utøvers fagautonomi. De skisserer en dreining i hvor makt allokeres, fra faget, eller profesjonsorganisasjonen, til den organisatoriske linja. De mest kritiske er opptatt av hvordan den organisatoriske makta representerer andre yrkesgrupper, som for eksempel økonomer eller jurister. Disse gruppene får i større grad gjennomslag for sin logikk og yrkesspesifikke kunnskap i en organisasjon som som tidligere var formet mer utelukkende av det eksklusivt medisinske. Informantene lanserer her eksplisitte juridiksjonelle disputer mellom yrkesgrupper som lar seg belyse av Abbott (1988). En mildere variant blant informantene tilskriver de organisatoriske strukturene et litt vagere innhold. Det kan være snakk om "byråkrater", "ledelsen" eller "apparatet". Makta i den organisatoriske linja er også her helt klart å forstå som "ikke-faglig". En siste variant er opptatt av hvordan organisatorisk makt også kan forstås å kanalisere noe medisinskfaglig. Disse informantene forteller hvordan man kan fylle opp og forstå de organisatoriske strukturene med medisinskfaglig mening og prioriteringer, framfor for eksempel økonomiske. Den organisatoriske makta forstås i mindre grad som noe "ikke-faglig".

Jeg presenterer de mest kritiske informantene først. Informant 5 er blant dem som skarpest skisserer hvordan han mener det medisinske faget skal være utgangspunkt for sykehuset, men at organisasjonen ikke representerer noe slikt i dag. Opprettholdelsen av faglig integritet er viktige stikkord i denne sammenheng.

Styringen ovenfra er veldig tung og veldig økonomiorientert. Det gjør at man i mine øyne korrupperer... I avdelinger går diskusjonene fra å handle om hvordan man best behandler pasienten i forhold til sykdommen, til hvordan skal vi kode sykdommen slik at det blir flest DRG-poeng. Det blir en kvasi-faglighet. I mine øyne. For DRG er bare noe noen har funnet ut, fordi det var en smart måte å finansiere sykehus på. Og kanskje er det det. Men i mine øyne så kanskje er det ikke verre enn noe annet. Men å gjøre det til en vitenskap å finne ut hvilke diagnoser som er mest lønnsomme. Så blir det en kvasi-vitenskap. (Informant 5)

Informant 5 forteller at økonomiske retorikker og prioriteringer stadig blir viktigere på sykehuset, eksempelet er DRG-poeng. Hans vurdering er at dette fører til "kvasi-faglighet"

og ”kvasi-vitenskap”. Hva ligger det i bruken av ordet ”kvasi” her? Min tolkning er at det handler om opprettholdelse av faglig integritet. For informant 5 har styringa og språket på flere av arenaene på sykehuset tatt en slik form at det ikke lenger er forenelig med den yrkesspesifikke vitenskapelige og kulturelle kunnskapen, argumentasjonen, normene, erfaringene, forventningene, moral osv. Den faglige integriteten framstilles her som så svekket, at selv om det er leger i navnet som tar beslutningene i ledelsen av avdelinger, forteller han om hvordan disse beslutningene ikke er legete nok. Når man i for stor grad er opptatt av DRG-poeng, er man ikke fullt og helt lege. Dette bryter med den faglige integriteten, etter informant 5s mening. Det er som om en annen yrkesgruppe, eller en blanding av yrkesgrupper, leger og økonomer, eller leger og byråkrater, kvasi-yrkesgrupper, tar beslutningene.

Informant 5 bruker ”kvasi”-begrepet en gang til under intervjuet, men denne gang knyttet til jurister:

Også ser vi samtidig at det er en juridifisering av helsevesenet. Det er mye mer regler og paragrafer å forholde seg til. Og det er jo bra, og veldig flott... jeg er ikke motstander av pasientrettigheter, at pasienter har mer rettigheter enn de hadde før. Men det betyr jo at man ... på mange måter er dette sånne kvasi-rettigheter. Fordi det tilsynsmyndighetene kontrollerer, er det som er lettest å telle og veie. Om du har permene dine i orden. Om du har rundskrivene dine i orden. Om du har godkjent lås på medisinskapet og sånt. Men den faglige forsvarligheten den er gjenstand for skjønn. Så viker for eksempel fylkeslegen og statens helsetilsyn, som har en tilsynsfunksjon. De viker unna det. For det blir for vanskelig for dem. Så jeg tenker at hvis en pasient vil klage på meg, fordi jeg ikke har de riktige styringsdokumentene i den riktige kvalitetssikringspermen. Så kan han nok nå frem. Men spørsmålet er om dette har noen betydning for pasientens sannsynlighet for å bli frisk. (Informant 5)

”Kvasi”-rettigheter sikter til rettigheter som ikke nødvendigvis verner om pasientens sjanse for å bli frisk, som ville vært den medisinske ”rettighetsstandarden”. I eksempelet til informant 5 er han bekymret over om denne standarden handler mer om krav til formalia og prosedyre enn krav til substansielt innhold.

I de to ”kvasi-sitatene” over tegnes et bilde av det administrative presset som får leger til å prioritere på en måte de kanskje ikke i utgangspunktet ønsker. Presset og forventningene vanskeliggjør opprettholdelsen av medisinskfaglig eksklusivitet over gitte oppgaver på sykehuset. I det siste sitatet må faget gi etter for organisasjon knyttet til oppgaver som handler om etikk og moral som følge av et press generert fra økonomer og jurister. Informantene er i varierende grad enig med informant 5, men det er ikke til å komme unna at mange av informantene hadde en skeptisk holdning til de økonomiske føringene som ble pålagt dem.

... Man må beholde den faglige ledelsen. Enhetlig ledelse, handler ikke det mye om å oppnå budsjettdisiplin da? He, he... for det er noe med det. Det skal mye til å avskaffe en avdelingsoverlege. Du skal ha feiloperert, og du skal ha gjort en del beslutninger som er ganske graverende. Mens som avdelingssjef så er det vel nok å ikke holde budsjettet, er det ikke det da? Så det har vært et poeng også. Når leger søker avdelingssjefstillinger, så er det et spørsmål om de samtidig er i en legestilling.
(Informant 2)

Informant 2 forteller her om hvordan kriterier som kan karakteriseres som byråkratiske, og som har fulgt av reformene på 90-tallet, i denne sammenheng reformen om enhetlig ledelse, påvirker maktforholdet mellom det medisinske faget, og den formelle organisatoriske linja. Budsjettsprekk kan i ytterste fall føre til stillingsfratredelse. Det sentrale momentet jeg ønsker å fokusere på i informant 2s fortelling, er skillet mellom *leder* og *legestilling*. Ledere risikerer avskjedigelse ved ikke å overholde budsjetter. Det økte presset på den faglige ledelsen, tilskrives økonomiske logikker. Leger, derimot, har andre spilleregler. Knyttet til stillingsvernet til leger, skisseres noe av makten som følger ved opprettholdelsen av ukrenkelighet av den faglige eksklusiviteten. Hvis organisasjonen hadde fulgt en medisinskfaglig logikk, heller enn en økonomisk, ville leger hatt ganske andre utfoldelsesmuligheter. Fortellingen formidler et bilde av hvordan andre logikker enn den medisinske, gjør seg mer gjeldende.

Organisasjonen forstås som noe ”annet” enn medisin. Informant 5 påpeker hvordan premissene for ”sykehusdriften kommer i form av et økonomisk språk”, og ser det som sin

oppgave ”å få den faglige kunnskapen inn i diskusjonene i det hele tatt”. Informant 2 kommenterer styringa av sykehuset.

Informant 2: ja, ok og det kan være store investeringer. Er det riktig, sånn og sånn... hva går det på bekostning av? Gjøre en del valg. Og i mye av sykehusadministrasjonen, så tas det mye lederbeslutninger uten konsekvensanalyse. Hva vil det føre til at man, sånn og sånn? Har man full forståelse for det og det?

S: har legene et ansvar der?

Informant 2: ja definitivt... på samme måte som andre fagfolk i andre bedrifter. De som kan faget best er de som kanskje tydeligst kan se konsekvenser av en del beslutninger.

I diskusjonene som fører til beslutninger om investeringer er informant 2 opptatt av hvordan det ser ut til å bli gjort ”lederbeslutninger uten konsekvensanalyse”. Han etterlyser en tydeligere fagrolle i disse sammenhengene, og forteller noe liknende som det informant 5 skisserte som å få faget ”inn i diskusjonene i det hele tatt”.

I likhet med informantene 2 og 5, forteller også informant 1 om andre konkrete aktører som presser på mot de faglige beslutningene.

Du har en administrativ ledelse. Du burde jo også ha en faglig ledelse. Og den faglige ledelsen er jo veldig tonet ned i forhold til en driftssak. Det faglige utviklingsarbeidet, og dermed en slik kompetanse at du kan ta med, for å være i stand til å stå i mot press både fra pasienter og myndigheter, og medisinalfirmaer og hva det måtte være. Det fordrer jo at du kan faget ditt godt. Der er nok produksjonsaspektet, veldig fremhevet i forhold til kunnskapsaspektet (Informant 1).

Pasienter, myndigheter og andre utøver press mot faget. Det er en dreining i favør av en organisasjon hvor driftsaspektet har vunnet terreng på bekostning av fagaspektet. Informant 1s sitat er ganske typisk idet han betegner organisasjon er noe ikke-faglig. Det samme kan sies om informant 7 under.

... for vi har jo fått veldig mang nivåer. Administrasjon øker, mens det medisinske trekkes ned. Det har vært en sykehusutvikling lenge nå (Informant 7).

Informantene 5, 2, 1 og 7 forteller om sin forståelse av sykehusorganisasjonen. Presset er noe de kjenner til, men de snakker i mindre grad om hvilke direkte konsekvenser dette får for dem selv. Informant 6 knytter sin fortelling i større grad opp til hendelser hun selv har erfart.

Informant 6: Jeg skulle ønske at byråkratene tenkte seg litt godt om. Og brukte litt tid på å faglig fundere endringene sine. Det ville gjort det lettere. Og så ville vi fått bedre tid til å håndtere pasientene. Fordi det går mye tid, føler jeg, til administrasjon som kanskje kunne vært unngått.

S: Faglig fundering, da tenker du på ... hvordan gjør en en sånn prosess konkret?

Informant 6: Av og til så føler jeg at det går så fort at man faktisk ikke har tenkt igjennom hvilke implikasjoner det har. Og så må man av og til reversere prosessene. Fordi det gikk ikke allikevel. Og det blir veldig mye ekstraarbeid for veldig mange.

S: ja, sånn at da sitter du på en måte og retter opp....

Informant 6: Sånn som takstsystemet, ikke sant? Hvor de faktisk kunne laget noen piloter, og at noen testet det med sine diagnosegrupper, før det ble kjørt ut i fullskala. Nå er det kjørt ut i fullskala, uten at vi har mulighet til å se på inntektssiden. De har ikke fulgt opp. Det er ikke mulig å teste. Og så bare sendes det ut. Og så blir alt trøbbelet igjen i etterkant.

S: da er det vel veldig reelt trøbbel, da er det ikke ...

Informant 6: Dette er reelt trøbbel. Det koster mye både i forhold til at du får en utstabil drift og finansiering av den. Vi må helt sikkert gjøre fundamentale rettinger i systemet. Jeg tror at den byråkratiske virksomheten hadde godt av å være litt tettere på virksomheten. Sett litt hva de gjorde, hatt litt bedre fagkunnskaper. Det ville lettet utviklingen.

Informant 6 forteller at det har blitt tatt beslutninger om endringer i finansieringsmekanismene på overordnet nivå i organisasjonen. De brå endringene får konsekvenser hun ikke kommer utenom, og det genereres betydelig merarbeid. Dette er med andre ord en fortelling om hvordan organisatoriske beslutninger får konsekvenser for det mange av informantene ser på som forholdsvis eksklusivt faglig. Informant 6 er opptatt av at dette kunne bedret seg, hvis ledelsen og byråkratene hadde "hatt litt bedre fagkunnskaper". Informant 6 tilskriver presset og uvettede beslutninger noen utenfor yrkesgruppa²¹. Det er varierende grad av konkrete aktører som står bak, men i følge fortellingen kan man generelt si at noe ikke-faglig har tatt bolig i de organisatoriske strukturene i større grad enn tidligere. Organisasjonen har fått mer makt, faget mindre, og dette fører til at den faglige ukrenkeligheten og eksklusiviteten ikke er så suveren som tidligere.

Det er faktisk veldig personavhengig. De to over oss. Det er direktør for divisjonen, og administrerende direktør for sykehuset. Begge to har en mer enn middels forståelse av hva vi driver med, faktisk. Så det har vært en lykke for oss, i en ellers ganske turbulent og vanskelig tid. Så har vi tross alt hatt stor glede av å ha gehør der. Fordi hvis vi skal få, betyr det at noen andre fortrenses. Det er det ingen som gjør frivillig. Så dette er snakk om å ta noen avgjørelser på tilstrekkelig høyt nivå (Informant 5).

²¹ La meg her få understreke at verken jeg som forsker, eller informant 6 tviler på "byråkratenes" intensjoner. Konsekvensene som informant 6 må forholde seg til, er et resultat av gode intensjoner, som i møte med et komplekst system har ført til perversjoner. Altså at konsekvensene ikke ble som intendert, og at alle, også "byråkratene" er enige om at disse konsekvensene er uheldige.

Informant 5 er blant de mest kritiske til utviklinga på sykehuset, men blant dem som kommer best ut av situasjonen. For at han og hans avdeling skal få fordeler, så betyr det at noen andre fortrenses, ”det er det ingen som gjør frivillig”. Knyttet til problemstillinger av denne typen, fungerer linjas makt over faget slik at informant 5 får bedret sine faglige betingelser. Mens for avdelingene som må gi etter, bærer beslutningene i linja med seg et element av absolutthet. Deres faglig funderte argumenter ville i så tilfelle ikke bli funnet tunge nok.

Informant 5 har tidligere understreket hvordan de ”faglige diskusjonene” mangler på sykehuset, men den faktiske erfaringa han har gjort tilsier at han har fått godt gehør for sine faglige argumenter. Det er verdt å merke seg at ledelsen er ”veldig personavhengig”. Utsagn som ”mer enn middels” og bruken av ordet ”faktisk”, for ikke å snakke om at dette har vært en ”lykke”, hentyder alle til at det ikke er noen selvfølgelighet at man oppnår faglig forståelse i møte med ledelsen på sykehuset. Informant 5s direkte erfaring passer ikke helt inn i den fortellingen han generelt skisserer, og det virker som om brudd på fortellingens logikk forklares gjennom tilfeldigheter (se også Tilly 2002:26).

Informant 5 formidler noe om at organisasjonen også kan fungere som kanal for medisinskfaglig makt, ikke bare økonomisk eller byråkratisk makt. Han mener dette er tilfeldigheter, noe som skriver seg inn i en dominerende fortelling om sykehusorganisasjonen jeg har skissert til nå. I denne fortellingen berettes det at organisasjonen har fått mer makt, og at makta og organisasjonen i stor grad er ”ikke-faglig”.

Det ser ut til at alle informantene er enige i at organisasjonen har fått mer makt. Til nå har jeg vist de mest kritiske informantene. Men det er også informanter som tilskriver organisasjonen noe annet. Disse informantene tilskriver en større grad av fag i organisasjonsstrukturene.

Det høres kanskje litt rart ut, men det er min erfaring sånn i fra flere sykehus. Hvert fall de 3 siste jeg har vært på, de siste 10-12 åra. At det er egentlig de som er ledende, medisinsk ledende på seksjonsnivået, som driver faget og strategien videre. (Informant 4).

Flere av informantene formidler at det står ganske godt til på deres avdeling, også noen av de mest kritiske. Informant 4 forteller at han gjennom sin faglige autoritet, opplever å bli lyttet til av den formelle organisatoriske beslutningsmyndigheten. Informant 4 er fornøyd med de omliggende forhold, og relasjonen til andre aktører, og formidler i mindre grad kritiske bemerkninger sammenlignet med de ovennevnte informantene. Likevel kommenterer han hvordan dette ”kanskje [høres] litt rart ut”, som igjen impliserer at det ikke er noen selvsagthet i hans situasjon. Jeg tolker dette som små kommentarer om brudd på den dominerende fortellingen.

Informant 3 har gått over budsjettet for sin avdeling. Det får konsekvenser som han må forholde seg til: ”De [ledelsen på sykehuset] blir ikke blide av det. Så nå må vi finne på noe”, som han sier. Han er imidlertid ikke kritisk eller opplever dette som invadering av hans faglige skjønn. Hans faglige vurdering går i samme retning som de påleggene han får ovenfra.

Hvis du tenkte at du skulle komme her, og få greie på hvor fælt det er å bli utsatt for endringspress utenfra. Så har du hvert fall kommet til feil sted. Ha, ha... For noen er jo sånn, at de hele tiden opplever det som problematisk at det kommer endringspress utenfra. Men vi er jo de som endringspresser. Vi er jo de som virkelig liker å endre, og som har gjort det, og som er fornøyd med det (Informant 3)

Jeg vil påpeke at intervjuet med informant 3 var et av de første jeg gjorde. Da visste jeg ikke at mange leger opplevde endringspress som noe ”fælt”, noe fortellingene så langt ganske klart etablerer. Informant 3 gikk ut fra at jeg visste dette, noe de to første setningene i sitatet over ganske tydelig viser. Fortellingen blant leger er at det er problematisk med ”endringspress utenfra”. Han referer til denne, og påpeker at slik er det ikke her hos ham.

Istedenfor å tilskrive slike endringer som noe som kommer utenfra, er informant 3 opptatt av at dette er et resultat av faglige hensyn, av ham selv: ”Men vi er jo de som endringspresser”. Han forteller en historie hvor han selv sitter på initiativet og makta, noe som er vanskeligere å få øye på hos de foregående informantene, selv om også alle disse formidler stor grad av kontroll over situasjonen på egen avdeling. Makta som befinner seg i organisasjonen

behøver ikke forstås som ikke-faglig. Informant 3 forteller at man også kan la faget ta bolig i organisatoriske maktstrukturer, selv om han er klar over at det ikke oppleves på denne måten for alle leger som jobber på sykehus. Og her kommer jeg til det springende punkt. Under beskriver informant 8 hvilken personlig verdi hun tilskriver organisatoriske arbeidsoppgaver.

... så bruker jeg mye tid på da å ... hva skal vi si... sette opp. Følge tallene, forklare de, og forsvare de oppover. Gi argumenter i forhold til divisjonsdirektør. Jeg vil ikke si at det er gøy, men på en måte er det gøy. [...] Jeg synes det er ganske alright, å holde oversikt og struktur. Det er en jobb som noen alltid må ha i en avdeling. Det å styre bemanningen. Som er en veldig viktig, stor og dyr ressurs. Det blir veldig sentralt i å styre avdelingen (Informant 8).

Både informant 3 og 8 skiller seg ut ved at de ikke tilskriver administrasjons- og ledelsesoppgaver så mange problemer som de andre informantene.. Her passer det å trekke noen tråder til forrige kapittel, hvor informant 3 var opptatt av hvordan strategiske relasjoner til organisasjonen var nødvendig ”kompetanse”. Informant 8 fortalte på sin side om hvordan møtet mellom lege og økonom bar med seg en kompleksitet som var ”spennende”. Informant 3 og 8 ser ut til å tillate en større grad av mening og faglig relevans i det organisatorisk rettede arbeidet. De andre informantenes uttalelser om manglende faglighet i sykehusorganisasjon og ledelse, har ikke samme plass i deres fortellinger. Uten noen underkjenning av til tider tøffe organisatoriske tiltak, oppleves administrasjon og ledelsesoppgaver i større grad som meningsfylt for dem.

Diskusjon

Selv om det blant informantene stort sett er en underliggende enighet om at autoriteten forankret i organisasjonen har fått en styrket posisjon overfor lokal faglig råderett, finner jeg ikke noe entydig svar på hva organisasjonen representerer, eller hvordan man skal forstå organisatorisk inngripen i utøvernes sfære.

Det er en varierende grad av bekymring og kritikk, men informantene 1, 2, 5, 6 og 7 skisserte en fortelling som indikerer at makt i sykehusorganisasjonen forstås som bydende og ikke-faglig. I denne dominerende fortellingen skisseres et skille mellom det som er

faglige og det som ikke er det. Poenget er at organisatorisk innblanding forstås som en trussel mot den faglige autonomien og eksklusiviteten i ansvaret for, kontrollen over, og utførelsen av arbeidsoppgaver. Brudd på faglig ukrenkelighet, eller integritet, oppleves som alvorlig.

Det kan være fristende å tolke dette som jurisdiksjonelle stridigheter på sykehuset. Fortellingen etablerer jo hvordan andre logikker enn den medisinske generer press, og kanskje dreier beslutninger og makt vekk fra legene. Her er det imidlertid verdt å huske på at Abbott understreker hvordan forholdene på arbeidsplassen er uavklarte og uoversiktlige og at ulike yrkesutøvere gjerne utfører oppgaver de formelt sett ikke forventes (se for eksempel Abbott 1988:64-67). I den konkrete arbeidssituasjonen oppstår funksjonelle imperativer som kan overskygge formelle og uformelle retningslinjer.

Materialet tillater i mindre grad jurisdiksjonelle analyser, men det er likevel av betydning at informantene forteller om at aktører utenfor deres egen yrkesgruppe tar bolig i de organisatoriske strukturene, og presser på de faglige avgjørelsene. Så lenge organisasjonen tilskrives en ikke-faglig verdi, vil den framstå som svært truende. De mest kritiske informantene forteller også om hvordan disse ikke-faglige strukturene ikke bare finns i organisasjonen, men ser ut til å gli inn i selve måten å resonnerer på for fagpersonene. Selv om man er lege i navnet, er dette ingen garanti for opprettholdelse av den faglige integriteten. Her er ikke alle informantene i den dominerende fortellingen enige. Flere er opptatt av hvordan fagpersoner i betydningsfulle organisatoriske posisjoner nettopp fungerer som motvekt overfor konkurrerende logikker. Jeg vil understreke graden av kompleksitet, og at bildet som tegnes ikke er entydig. Mens den dominerende fortellinga forstår sykehusorganisasjonen i retning av å være ikke-faglig og truende, mener jeg å finne en alternativ fortelling. Denne fortellingen lar de organisatoriske strukturene i større grad representere noe faglig, noe ikke-fremmed. Av den grunn framstår organisasjonen som langt mindre truende, og i større grad som faglig relevant å beskjeftige seg med. Det tillates å ta i bruk de organisatoriske maktkanalene til faglige formål. Informantene befinner seg mellom slike ytterpunkter.

6.5 Hva er innenfor og utenfor fortellingenes avgrensninger?

I intervjusituasjonene med de ulike informantene tenkte ikke jeg på at det var noen felles fortellinger som informantene forholdt seg til. I undersøkelsen av intervjuene i ettertid trer det fram hvordan informantene deler noen forestillinger, de har ulike perspektiver og varianter, men likevel forholder de seg til noe felles. De må forholde seg til harde diskusjonsklimaer, økende administrasjon og en mer bydende organisasjon. Dette kommenterer informantene fra ulike posisjoner. Det er den systematiske tilnærmingen til intervjuene i analyseprosessen som har fått fram dette, det var ikke et overlagt tema i intervjusituasjonen.

Vi har sett at alle informantene har sine egne versjoner av fortellingene. På en måte er det like mange fortellinger som det er informanter. Selv om informantene har sine varianter, bemerker de når de avviker fra den, som om det skulle vært bare en fortelling. Det er som om informantene kjenner til en fortelling som en slags indre standard, eller at de tilskriver at jeg som forsker i intervjusituasjonen, kjenner til en standard. Når forventningene i denne standarden brytes eller omgås, virker det som om informantenes synes det må eller bør kommenteres. Det er noe grunnleggende sosialt med slike avgrensninger siden de kun eksisterer og er virksomme gjennom sin kollektive anerkjennelse (Tilly 2002:11). Dette gjør de selv om standardfortellingene vanskelig kan defineres helt presist.

Fortellinger, i den smale definisjonen som brukes i denne oppgaven, handler om antatte sannheter som etableres. Det kan være, men behøver ikke være overensstemmelse mellom kausalitet som formidles i fortellingene, og forhold utenfor fortellingene. Kanskje er det slik at byråkratene som innført ufordelaktige datasystemer og finansieringsnøkler, i informant 6s eksempel, var leger alle som en, og hadde stor grad av faglig innsikt. Men så resultatet ble dårlig likevel. Antakeligvis er det ikke slik, men det kunne vært det. Fortellingene formidler en avgrenset virkelighet, mens de faktiske forhold og sammenhenger ikke trenger å følge tilsvarende avgrensninger.

Skillet og samspillet mellom de to sfærene er vanskelig å få øye på både for de involverte og forskeren (Tilly 2002:28-29). Tilly posisjonerer seg selv som relasjonistisk realist, og mener slik å overgå rene konstruktivistiske eller realistiske forståelser av samfunnsvitenskap. Han

er opptatt av at noen fortellinger er bedre enn andre etter en vitenskapelig målestokk. De bedre fortellingene beretter mer detaljert og riktigere om hvordan hendelsesforløp faktisk foregikk, enn andre fortellinger (Tilly 2002:27-28 og 39-41). I det avsluttende kapittelet skal jeg summere opp denne masteroppgaven, gjennom forsøksvis å skissere noen holdepunkter for å danne en sosiologisk fortelling om formelle og uformelle føringer på sykehus.

7. Avslutning

Denne masteroppgaven startet med en nysgjerrighet knyttet til uformelle normer og hierarkier blant overleger i lederstillinger på sykehus. Gjennom en historisk kontekstualisering og en redegjørelse av 9 informanters erfaringer om eget arbeid, har jeg forsøkt å si noe om disse legenes strategier og fortellinger overfor organisasjonen de er en del av. Hva kan man forstå om sykehusorganisasjonen ut fra funnene i denne masteroppgaven?

Det er to sentrale trekk ved sykehusorganisasjonens utvikling jeg mener det er svært vanskelig å komme unna. Det første er den økende medisinske spesialiseringen. Evidensbevegelsen driver medisinen framover, kunnskapsmengden øker, og spesialiseringsområdet til den enkelte utøver blir smalere og smalere. Dette skaper organisatoriske koordineringsbehov begrunnet i funksjonalitet og pragmatikk. Byråkratisering er det andre trekket. Siden byråkratiet mest effektivt ivaretar de økende koordineringsbehov som har oppstått er byråkratisering og den interne medisinske utviklinga tett sammenbundet. Selv om omorganiseringer som følger av koordineringsbehovet kan begrunnes gjennom funksjon, vil jeg bemerke at disse disputtene samtidig kjennetegnes av forhandlinger mellom maktposisjoner, som vi så i historiekapitlene. Ofte kan man i slike disputer på intrikate måter sammenblande argumenter som handler om funksjonalitet, og egeninteresse. Noe som kan gjøre diskusjonsklimaet vanskelig.

Det ser også ut til at økonomisk retorikk får sterkere gjennomslagskraft i sykehusorganisasjonen. Weber påpeker at dette ofte er tilfellet, men at byråkratiet i seg selv ikke nødvendigvis gir forrang til verken økonomiske, autoritære eller demokratiske retorikker. Byråkratiet gjør lite annet enn å omdanne alminnelig samhandling til rasjonelle og regulerte sosiale relasjoner, og er en organisasjonstype som kan tjene hvilken som helst konstellasjon i samfunnet som søker herredømme (Weber 2000:144). En egenskap ved de byråkratiske organisasjoner i seg selv er at de hører blant de sosiale strukturer som er vanskeligst å ødelegge. Weber påpeker noen konsekvenser av dette:

Overalt hvor dette apparat råder over de moderne kommunikasjonsmidler, blir det av rent tekniske grunner nærmest umulig å gjennomføre "revolusjon" – i betydningen av å skape helt nye styreformer på en voldelig måte. Apparatet umuliggjør også revolusjon i og med dets indre, gjennomrasjonaliserte struktur. På denne måte har

det byråkratiske apparat erstattet "revolusjonene" med "statskupp" (Weber 2000:143).

Byråkratiet er et maktmiddel av første rang for den som råder over administrasjonen (Weber 2000:141). For den som søker makt, og omgås byråkratiske organisasjoner, følger det at man kjemper om, ikke mot, byråkratiet. Prinsipielt kan den underliggende logikken bak den byråkratiske delen av sykehusorganisasjonen endre seg betydelig, avhengig av hvem og hva som befinner seg på toppen.

Informantene håndterer og forstår det organisatoriske presset forskjellig. I så måte er det to forhold jeg vil understreke. Knyttet til informantenes strategier ser det ut til at enkelte av informantene er opptatt av å skjerme seg fra organisasjonen de er en del av. Dette gjelder de kategoriske og til dels de midlertidige strategiene. Kanskje er dette også en nødvendighet. Det kreves harde prioriteringer for å få gjort det man skal gjøre i en så turbulent organisasjon som det norske, offentlige sykehusvesenet. Likevel kan man spørre seg hvordan slike strategier vil fungere overfor den organisatoriske utviklinga på sikt. På den andre siden ser det ut til at enkelte av informantene i større grad tilskriver administrative, organisatoriske og ledelsesoppgaver medisinskfaglig relevans og egenverdi. Dette er to påfallende forskjellige måter å imøtegå den kommende organisatoriske utviklinga.

Gjennomgangen av intervjuene, ser ut til å indikere at det er en intern dispuTT blant informantene om hvor avgrensningene skal gå for hvilke oppgaver som skal forstås som faglig relevant. På den ene siden formidles det ganske dypt etablerte fortellinger i yrkesgruppa om at ledelsesoppgaver ikke er faglige. I en mellomposisjon finnes en pragmatisk erkjennelse av at noe, kanskje også omfattende beskjeftigelse med, arbeid med organisasjon og administrasjon ikke er til å komme unna. På den andre siden, og som en utfordring til den relativt dominerende fortellingen, er det noen som i større grad skriver inn et administrativt sykehusansvar som en medisinskfaglig egenverdi. Det knappe empiriske materialet i denne studien indikerer at det foregår diskusjoner i yrkesgruppa om hvilke oppgaver som inngår i legenes oppgaveportefølje, og hvilken status de respektive oppgavene skal ha. Det ser ikke ut til at det er noen "ferdig" fortelling om hvorvidt ledelsesoppgaver kan anses som fag eller ikke.

Dersom legers arbeid på sykehus skal omfatte samtlige tre oppgaver jeg har skissert – både lege-, kunnskaps-, og ledelsesoppgaver, vil det i praksis bety at arbeidsmengden blir for stor. Abbott skisserer hvordan dette på den ene siden kan føre til utskilling av grupperinger fra

yrkesgruppa som en følge av spesialisering. På den andre siden kan sterk indre struktur, slik det er hos legene, holde sammen yrkesgruppa tross omfattende spesialisering (Abbott 1988:105-106). Intern stratifikasjon, altså omfattende spesialisering og arbeidsdeling internt i yrkesgruppa er heller ikke uvanlig (Abbott 1988:80-81)²². Jeg sammenlikner mine funn med to eksempler på liknende studier, som posisjonerer seg overfor noen av de spenningene Abbott skisserer.

Hoff (1999) beskriver et amerikansk sykehus hvor det har oppstått et skarpt skille mellom organisasjonsorienterte og profesjonsorienterte leger. Han viser hvordan relasjonene mellom disse to legegrupperingene kjennetegnes av konflikt, mistillit og spill, heller en kollegialitet (Hoff 1999:326). Han skisserer at legene i administrative posisjoner utvikler strategier som ”deltakingsritualer” (Hoff 1999:339-340). Hvor de administrerende legene kaller inn de utøvende legene, for å få innspill når endringer og innsparinger skal implementeres. Disse møtene er ikke annet enn spill for galleriet, beslutningene er allerede tatt. Videre viser han til ”rasjonaliseringsstrategier” hvor administrative leger på selektivt vis plukker ut data om virksomheten som vises overfor de utøvende legene (Hoff 1999:341). Gjennom relativ tilbakeholding av informasjon får administrasjonen det som den vil, mot det som er de utøvenes vilje.

En studie av Llewellyn (2001) viser et ganske annet bilde. Legene på et sykehus i England går systematisk fram for å tilegne seg organisatorisk kompetanse for å gå inn i ledende stillinger på sykehuset. En innsikt fra Llewellyns studie er at det er lettere for legene å tilegne seg administrativ og økonomisk kompetanse, enn det er for administratorene å tilegnes seg medisinsk. Legene utstyres med autoritet i begge sfærer av organisasjonen, og framstår på denne måten som ”two-way windows”. De formidler både mellom den profesjonsorienterte og byråkratiske organisasjonen (Llewellyn 2001).

Llewellyn argumenterer for at legene i hennes studie som går inn i slike medierende posisjoner, danner en selvstendig posisjon eller diskurs. De er verken klinikere eller administratorer. Gjennom å distansere seg fra, og delvis marginalisere den ikke-medisinske

²² Det er også slik at konkurrerende interesser og uavklarte forhold på arbeidsplassen (som denne studien handler om), ikke trenger å nå ut til arenaer som media/offentlighet og loven. Det etableres gjerne ulike forståelser av yrkesgruppa på de ulike arenaene, og forhold på arbeidsplassen som ikke harmonerer med framstillinga i media/offentligheten eller i loven, kan leve side om side over lang tid, uten at jurisdiksjon trues (Abbott 1988:67-69). Men spenninger mellom ulike arenaer er ikke det sentrale i denne oppgaven, heller ikke disputer mellom yrkesgrupper. Det er interne spenninger som står i fokus her.

administrasjonen, etablerer de seg selv som den medisinske administrasjonen.

Opposisjoneringen muliggjør at legene inngår i omfattende ledelsesoppgaver uten å tape for mye prestisje overfor sine mer klinisk orienterte kolleger (Llewellyn 2001:610-612). Det var en nødvendighet for disse medierende legenes fungering at posisjonen de holdt var anerkjent og trygt etablert i legefelleskapet, og på sikt var målet å vri budsjettfokus fra kostnadskontroll, til ”produksjon” (Llewellyn 2001:611-612).

Informantene i mitt materiale ser ut til å posisjonere seg mellom framstillingene til Hoff og Llewellyn. På den ene siden er det flere av informantene som har en tung tilhørighet til legeoppgavene, og framholder at leger hører hjemme på klinikken. Å gå inn i organisasjon og ledelse kan nesten framstå som et svik, men ikke så bastant som Hoff skisserer²³. På den andre siden er det flere av informantene som ser det som en nødvendighet med et organisatorisk engasjement. Dette går i større grad i retning av Llewellyns studie, men informantene i min studie som tilskriver ledelsesoppgaver faglig relevans, har i mindre grad noen selvstendig og trygg posisjon å skilte med. Materialet mitt framstår som mindre ekstremt enn de to studiene jeg bruker til sammenlikning. Verken et skarpt skille mellom fag og organisasjon, eller et prosjekt for å ta sykehuset tilbake, ser ut til å ha blitt lansert i eksplisitt forstand.

Likevel virker det som det ulmer i et sjikt blant norske sykehusleger. Aasland et. al. (2007) har gjort en kvantitativ undersøkelse av sykehuslegers holdninger til eierskapsreformen fra 2002. 4 år etter (undersøkelsen ble besvart i 2006) oppgir 30 % av sykehuslegene at reformen har oppmuntret til dårligere medisinsk kvalitet enn tidligere, 62 % ser det som uendret, 7 % mener den oppmuntrer til bedring (Aasland et. al. 2007:2220). Studien konkluderer med at det samlet sett ser ut til at legene som jobber på sykehus er forholdsvis negative til den organisatoriske utviklinga som har skjedd de siste åra (Aasland et. al. 2007:2220). Materialet i denne oppgaven indikerer noe i samme retning, og kanskje vil forventningene og rollene som utøves av medisinske mellomledere endre seg ganske mye i løpet av tida framover.

²³ I sammenlikningen med Hoff må jeg bemerke noen utvalgsforskjeller. Hoff rekrutterte informanter fra både topp, midten og bunn på sykehuset (Hoff 1999:330), mens jeg har rekruttert fra midten. Det er mulig spenningene Hoff fant, ikke vil være til stede i mitt utvalg.

Dette har vært et forsøk på beskrivelse av 9 overlegers rolle på sykehus, hvor jeg på en sosiologisk måte har prøvd å utvide synsvidden og kunnskapen om feltet som studeres. Hvordan det *bør* være, er det opp til menneskene der å bestemme²⁴.

²⁴ Jeg skylder å påpeke at de to siste setningene neppe hadde blitt som de har blitt uten Rua 2009:118.

Kildeliste

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions, An Essay on the Divison of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago and London.

Aftenposten 07.08.09 "Helsepengene brukes feil" en kronikk av Knut Endresen, overlege, dr. med., Oslo Universitetssykehus og Lars Gullestad, professor, Oslo Universitetssykehus.

Aronson, A. K., (2003) «Anecdotes as evidence» i *BMJ (British Medical Journal)* 2003;326:1346

Aronson, A. K. og Hauben, M. (2006) «Anecdotes that provide definitive evidence» i *BMJ (British Medical Journal)* 2006;333:1267-1269

Becker, Howard S., Blanch G., Hughes E. C. og Strauss A. L., (1961) *Boys in White. Student Culture in Medical School*. The University of Chicago Press. Transaction Books, New Brunswick (USA) and London (UK). Third printing 1984.

Berg, Ole (1991) «Medikrati, hierarki og marked» i Album, D. og Midre G., (red) 1991 *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Festskrift til Yngvar Løchen. Ad Notam Forlag AS.

Berg, Ole (2006) *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Utgitt av Den Norske Legeforening, Oslo.

Byrkjeflot H. og Tore Grønlie (2005) «Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring» i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (Red) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen*. Fagbokforlaget.

Christensen T. og Per Lægreid (2001) «New Public Management i Norsk Statsforvaltning» i Tranøy, Bent Sofus og Øyvind Østerud (Red) (2001) *Den Fragmenterte Staten. Reformer, makt og styring*. Makt og Demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave, 1. opplag.

Corbin, Juliet & Anselm Strauss (1990) "Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria" i *Zeitschrift für Soziologie* 1990; 16; 6, Desember. Side 418-27.

Davidoff, F., Haynes B., Sackett D., Smith R., (1995) «Evidence based medicine» i *BMJ* (British Medical Journal) 1995;310: 1085-1086.

Durkheim, Emile (1997) [1893] *The Division of Labor in Society*. Original [1893]: *De la division du travail social*. Oversatt av W. D. Halls. Introduksjon av Lewis A. Coser. Copyright 1984. Første paperback 1997. The Free Press.

Eady, A., Glasziou, P. & Haynes, P. (2008) «Less is more: where do the abstracts in the EBM journal come from?» i *Evidence-based medicine* 2008;13:3

Egger, M., Zellweger-Zähner, T., Schneider, M., Junker, C., Lengeler, C. og Antes, G. (1997) «Language bias in randomised controlled trials published in English and German» i *The Lancet* 1997;350:326–29.

Ekeland, T. J. (2004) «Autonomi og evidensbasert praksis» Arbeidsnotat på oppdrag fra Senter for Profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo.

Engelstad, Fredrik (Under utgivelse) ”Rom med utsikt. Om å studere samfunnets toppsjikt” i Dag Album, Marianne Norli Hansen og Karin Widerberg (Red) (Under utgivelse) *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (Foreløpig tittel). Universitetsforlaget.

Frisvold, Odd Johan (2006): ”Men det var lege jeg ville være” i *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 2006; 126 (1): 58 – 9

Garpenby, Peter (1989) *The state and the medical profession. A cross-national comparison of the health policy arena in the United Kingdom and Sweden 1945-1985*. Lindköping Studies in Arts and Science. University of Lindköping.

Gjerberg, Elisabeth og Lise Kjølrsød (2001) “The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse?” i *Social Science and Medicine* 52 (2001) 189-202.

Gjerberg, Elisabeth (2001) “Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors” i *Social Science and Medicine* 52 (2001) 331-343.

Glasziou, Paul, Amanda Burls & Ruth Gilbert (2008) “Evidence based medicine and the medical curriculum” i *BMJ (British Medical Journal)* 2008;337:a1253

Grønlie, Tore (2004) «Norwegian General Hospitals 1970 – 2002: County Ownership-an interlude Between Welfare Localism and State Direction» i Andersen A., Tore Grønlie, Svein Atle Skålevåg (Red) (2004): *Hospitals, Patients and Medicine 1800-2000*. Conference Proceedings. Rokkansenteret, Stein Rokkan Centre for Social Studies, Report 6 November 2004. Unifob AS.

Hellesnes, Jon (2003) «Makt og motmakt i det medisinske feltet» i Fugelli P., G. Stang og B. Wilmar (Red) (2003) *Makt og medisin*, Rapportserien nr. 57 i Makt- og demokratiutredningen 1998-2003 Oslo 2003.

Hoff, Timothy J. (1999) “The Social Organization of Physician-Managers in a Changing HMO” i *Work and Occupations* 1999; 26; 324. Sage.

Hughes, Everett C. (1951a) “Studying the Nurse’s Work” i *American Journal of Nursing* 1951; vol 51; May. Trykt i Everett C. Hughes (1984) *The Sociological Eye. Selected Papers*. The Transaction Edition. New Brunswick, New Jersey. Tredje opplag 2009, side 311-315.

Hughes, Everett C. (1951b) ”Work and Self” i *Social Psychology at the Crossroads* 1951. Trykt i Everett C. Hughes (1984) *The Sociological Eye. Selected Papers*. The Transaction Edition. New Brunswick, New Jersey. Tredje opplag 2009, side 338-347.

Hughes, Everett C. (1955) “The Making of a Physician” i *Human Organization*. Vol 14. Trykt i Everett C. Hughes 1958 *Men and Their Work*. Greenwood press publishers. Westport. Connecticut. The Free Press. Opptrykk i 1981.

Hughes, Everett C. (1958) *Men and Their Work*. Greenwood press publishers. Westport. Connecticut. The Free Press. Opptrykk i 1981.

Hughes, Everett C. (1984) *The Sociological Eye. Selected Papers*. The Transaction Edition. New Brunswick, New Jersey. Tredje opplag 2009.

Kjekshus, Lars Erik, (2003) «Når sykehus blir butikk. Effekter for styring, profesjoner og brukere», i *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. Universitetsforlaget 2003; vol 19; 4:444-459.

Kjekshus, Lars Erik., Trond Harsvik, Jan W. Lippestad, Tord Mortensen, Heidi Torvik og Per Kristian Vareide (2005) ”Gjennomgang og evaluering av ledelses- og

organisasjonsstrukturen ved Ullevål universitetssykehus HF”, en rapport fra SINTEF Helse, Nr STF78 A054505, 06.09.2005.

Kjølsrød, Lise (1993) *Jordmor der mor bor? – En sosiologisk studie av jordmordyrket etter 1945*. Universitetsforlaget. Oslo.

Kjølsrød, Lise (2003) “En tjenesteintens velferdsstat” i Frønes, Ivar og Lise Kjølsrød (red) (2003) *Det Norske Samfunn*. 4. Utgave. Gyldendal Akademisk.

Kluge, Susann (2000) ”Empirically Grounded Construction of Types and Typologies in Qualitative Social Research” i *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000; 1: art 14.

Leonard, J. V. (2005) «Evidence Based Medicine» i *The Lancet* nr. 366:979.

Lindgren, Björn (1995) “Healt Care in Sweden” i Anita Alban & Terkel Christiansen (red) (1995) *The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care Systems*. Odense University Press.

Llewellyn, Sue (2001) ””Two-way Windows”: Clinicians as Medical Managers” i *Organization Studies*. 2001; 22; 593-623. European Group for Organizational Studies.

Lukes, Steven (2005) [1974] *Power: a radical view. Second edition* Palgrave Macmillan

Merton, Robert King (1957) «Some Preliminaries to a Sociology of Medical Education» i Merton, R. K., Reader, G. G., Kendall, P. L., (Red) (1957) *The Student-Physician. Introductory Studies In The Sociology Of Medical Education*. Commonwealth Fund. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Merton, Robert King (1963) «Sociological Ambivalence» i *Sociological Ambivalence and Other Essays*. New York Free Press, 1976, trykt i «Ch. 11: Sociological Ambivalence (1963)» i Sztompka, P. (Red) *On Social Structure and Science* 1996:123-131. University of Chicago Press.

Mintzberg, Henry (1989) «Ch. 10: The professional Organization» i *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. The Free Press

Mo, Tone Opdahl (2006) *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktoravhandling. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Intitutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim.

Nordby, Trond (1987) "Profesjokratiets periode innen norsk helsevesen. Institusjoner, politikk og konfliktemner" i *Historisk Tidsskrift* 1987; 66; 301-323

Nordby, Trond (1989) *Karl Evang – En biografi*. Aschehoug & Co. Oslo.

Nordby, Trond (1993) "Det offentlige helsevesenet – en fagstyrets høyborg" i Trond Nordby (red) (1993) *Arbeiderpartiet og planstyret 1945-1965*. Side 105-120. Utgitt i bokserien: Ledelse, organisasjon, styring (LOS) Universitetsforlaget AS.

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red) 2005 *Helse-Norge i støpeskjeen*. Fagbokforlaget.

Rosenberg, W. og Donald, A. (1995) «Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving» i *BMJ (British Medical Journal)* 1995; 310:1122-1126.

Rua, Marte (2009) *Fengsel, isolasjon og varetekt sett fra fengselslegens ståsted. En institusjonell-etnografisk studie*. Masteroppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, ved Universitetet i Oslo.

Sackett, D. L., Ellis, J., Mulligan, I., Rowe j. (1995a) «Inpatient general medicine is evidence based» i *The Lancet* 1995;346:407-410.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson W. S. (1995b) «Evidence-based medicine: what it is and what it isn't» i *BMJ (British Medical Journal)* 1995;312:71-72

Schiøtz, Aina (2003) *Folkets helse - landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003* Bind 2. Universitetsforlaget.

Seip, Anne Lise (1994) *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Gyldendal Norsk Forlag A/S

SSBa (2008) «Helseregnskap, 1997-2007» tilgjengelig på internett: <http://www.ssb.no/vis/emner/09/01/helsesat/main.html> sist besøkt 05.09.08

SSBb (2008) «Statsforvaltningen. Totale utgifter etter formål. 2001-2007. Mill. kroner og prosent» tilgjengelig på internett: <http://www.ssb.no/emner/12/01/offinnut/tab-11.html> sist besøkt 02.09.08

SSBc (2008) «Helseutgifter, nøkkeltall. 1997-2007» tilgjengelig på internett:
<http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/tab-2008-04-09-01.html> sist besøkt 10.09.08

SSBd (2008) «Spesialisthelsetjenesten» tilgjengelig på internett: <http://www.ssb.no/sykehus/>
sist besøkt 10.09.08

SSBe (2008) ”Spesialisthelsetjenesten 2007” tilgjengelig på internett:
<http://www.ssb.no/speshelse/> sist besøkt 22.01.09

Steinholt, Margit (2006): ”Du som har så små hender...” i *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 2006; 126 (1): 60

Stigen, Inger Marie (2005a) ”Innledning” i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget

Stigen, Inger Marie (2005b) ”Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse” i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget

Sætnan, A. R. (1998) «Ch. 10: Flexible Technology vs. Organizational Stalemate – The Story of PREOP» i Sørensen, K. H. (Red) (1998) *The Spectre of Participation* Scandinavian University Press

Thagaard, Tove (2002) *Systematikk og Innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 2.* Utgave. Fagbokforlaget, Vigmostad & Bjørke AS.

Tilly, Charles (2002) *Stories, Identities and Political Change*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Timmermans, Stefan (2008) ”Professions and Their Work: Do Market Shelters Protect Professional Interests?” i *Work and Occupations* 2008;35; 164-188

Tjerbo, Trond og Hagen, Terje P. (2005) ««Harde» og «myke» budsjettskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling» i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red) 2005 *Helse-Norge i støpeskjeen*. Fagbokforlaget.

Tranøy, Bent Sofus og Øyvind Østerud (2001) «En fragmentert stat?» i Tranøy Bent Sofus og Øyvind Østerud (Red) (2001) *Den Fragmenterte Staten. Reform, makt og styring*.

Makt og Demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave, 1. opplag.

Urdal, Nils (1961) *Syketrygden i femti år. Historien om en grunnleggende sosial reform*. Norges trygdekasselag, Oslo

Weber, M. (2000) *Makt og byråkrati. Essay om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Utvalg og innledning ved Egil Fivelstad. Oversatt av Dag Østerberg. Utgitt første gang på norsk i 1971, i Gyldendals Studiefalker. 3. utgave i 2000. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Widerberg, Karin (2005) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oversatt av Kari Bolstad. Universitetsforlaget. Første gang utgitt i 2001, 2. opplag 2005.

Wu, J. (2005) «Could evidence-based medicine be a danger to progress?» i *The Lancet* 2005; 366:122.

Aasland Olav, Hagen T. og Martinussen P. (2007) ”Sykehuslegenes syn på sykehusreformen” i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2007; 127:2218-21

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 35 859

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Prosjektbeskrivelse til sykehusledelsen:

En masteroppgave i organisasjonssosiologi

Studenten Sverre Vigeland Lerum, skal gjøre en undersøkelse av organisatoriske forhold på et sykehus i Norge, med fokus på leger.

Dette er en del av mitt masterprosjekt, som student ved Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi (ISS) ved Universitetet i Oslo. Masterprosjektet er den avsluttende delen av det 5 årige sosiologistudiet, prosjektet skal vare i 2 semestre, og tilsvare 60 studiepoeng på masternivå. Professor i sosiologi Lise Kjølørød er veileder på prosjektet.

Det jeg vil undersøke er sykehusorganisasjonen. På sykehus gjennomfører man undersøkelser om brukertilfredshet. Man ser på om det som møter pasienten framstår som logisk og sammenhengende. Videre at opplevelsen av å være på sykehus er så trygg som mulig. Det er viktig at pasienten i forholdsvis stor grad forstår det som skjer, og hvorfor det er slik.

På samme måte som man prater om brukertilfredshet, kan man prate om leverandørtilfredshet. Hvordan legene opplever hverdagen, har innvirkning på hvordan jobben blir gjort. For å kunne si noe om dette, trenger man data basert på legenes erfaring. En del kunnskap om organisasjon og legevirksomhet er ikke tilgjengelig på noen annen måte. Jeg er ute etter legenes opplevelse av organisatorisk endring og hverdag. Det er altså leger og organisasjon som står i fokus, ikke relasjonen mellom leger og pasienter.

Mer spesifikt handler det om et forsøk på å undersøke legers (særlig leger i stillinger på mellomledernivå på sykehus(seksjonsoverleger, avdelingsoverleger) perspektiv i forhold til sin posisjon og møte med pasienter, økonomi, profesjon og organisasjon. Jeg vil se nærmere på hvordan forventninger fra ledelse og økonomi; profesjon og pasienter oppleves. Hvordan møtes slike størrelser i legehverdagen?

Metodisk vil jeg systematisk samle inn erfaringsdata om legers hverdag. Mye av materialet vil bli samlet inn gjennom intervjuer, og lagret på lydbånd. Intervjuene anslås å vare mellom 30 minutter og en time. Tidspunkt avtales med den respektive informant, her forholder prosjektet seg veldig fleksibelt.

Ingen personopplysninger skal utleveres til andre. Alt materiale vil bli anonymisert. Intervjumateriale blir destruert umiddelbart etter prosjektslutt. Prosjektet har ingen eksterne finansieringer, kun Statens Lånekasse for Utdanning.

8.2 Vedlegg 2

Prosjektbeskrivelse til informantene:

En masteroppgave i organisasjonssosiologi.

Studenten Sverre Vigeland Lerum, skal gjøre en undersøkelse av organisatoriske forhold på et sykehus i Norge, med fokus på leger.

Dette er en del av mitt masterprosjekt, som student ved Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi (ISS) ved Universitetet i Oslo. Masterprosjektet er den avsluttende delen av det 5 årige sosiologistudiet, prosjektet skal vare i 2 semestre, og tilsvare 60 studiepoeng på masternivå. Professor i sosiologi Lise Kjølørød er veileder på prosjektet.

Det jeg vil undersøke er sykehusorganisasjonen. På sykehus gjennomfører man undersøkelser om brukertilfredshet. Man ser på om det som møter pasienten framstår som logisk og sammenhengende. Videre at opplevelsen av å være på sykehus er så trygg som mulig. Det er viktig at pasienten i forholdsvis stor grad forstår det som skjer, og hvorfor det er slik.

På samme måte som man prater om brukertilfredshet, kan man prate om leverandørtilfredshet. Hvordan legene opplever hverdagen, har innvirkning på hvordan jobben blir gjort. For å kunne si noe om dette, trenger man data basert på legenes erfaring. En del kunnskap om organisasjon og legevirksomhet er ikke tilgjengelig på noen annen måte. Jeg er ute etter legenes opplevelse av organisatorisk endring og hverdag. Det er altså leger og organisasjon som står i fokus, ikke relasjonen mellom leger og pasienter.

Mer spesifikt handler det om et forsøk på å undersøke legers (særlig leger i stillinger på mellomledernivå på sykehus(seksjonsoverleger, avdelingsoverleger) perspektiv i forhold til sin posisjon og møte med pasienter, økonomi, profesjon og organisasjon. Jeg vil se nærmere på hvordan forventninger fra ledelse og økonomi; profesjon og pasienter oppleves. Hvordan møtes slike størrelser i legehverdagen?

Metodisk vil jeg systematisk samle inn erfaringsdata om legers hverdag, foruten å benytte meg av allerede foreliggende vitenskapelige data. Mye av materialet vil bli samlet inn gjennom intervjuer, og lagret på lydbånd. Intervjuene anslås å vare mellom 30 minutter og en time. Tidspunkt avtales med den respektive informant, her forholder prosjektet seg veldig fleksibelt.

Ingen personopplysninger skal utleveres til andre. Alt materiale vil bli anonymisert. Intervjumateriale blir destruert umiddelbart etter prosjektslutt. Prosjektet har ingen eksterne finansieringer, kun Statens Lånekasse for Utdanning.

Samtykke

Jeg har mottatt skriftlig informasjon, og er villig til å delta i studien. Deltakelsen er frivillig, og jeg kan trekke meg underveis uten begrunnelse.

Signatur

Dato

8.3 Vedlegg 3

Her følger intervjuguiden som ble brukt etter noe bearbeiding av de første intervjuene.

Intervjuguide versjon 2

Innledning

Presentere mitt prosjekt ganske kort, med utgangspunkt i utsendt prosjektbeskrivelse.

Minne på at informantene vil bli anonymisert, og at man når som helst kan trekke seg. Jeg har taushetsplikt. Kun enkeltstående anonymiserte sitater vil bli trykt.

Forklare om intervjuet: Vi skal ha en hyggelig og oppriktig samtale om hverdagen på jobb. Da blir resultatet best.

Del 1: Person

Poenget er å fortelle om seg selv. Hva slags stilling er det, det her er snakk om? Hva driver legen med til daglig? Hva er de hverdagslige gjøremålene?

Alder?

År i stillingen? Karrieresti.

Spesialisering?

I dag:

Hva er den formelle tittelen på legens stilling?

Hva slags jobb har legen?

Hvilken avdeling tilhører hun?

Hvor lenge har hun jobbet der?

Hva gjør hun til daglig?

Hvis jeg skulle gjort din jobb, hva er det viktigste oppgavene da? Hva gjør du til ulike dager?

Hva og hvem må jeg forholde meg til? Hvilke triks må jeg kunne?

Hvilke oppgaver utføres på denne avdelingen?

Hva er kjerneaktiviteten?

Hvilke oppgaver er de man setter mest pris på? (for eksempel den siste uka)

Hvor mye kontakt har man med pasienter?

Hvor mye kontakt vil man ha med pasienter?

Hvilke arbeidsoppgaver gjør man mest av på avdelingen?

Hva er det som motiverer?

Hvilke andre avdelinger er man som regel i kontakt med/samarbeider med?

Hvor mye klinisk arbeid har hun om dagen?

Hva slags ansvar har hun her?

Må hun gi mye dårlige nyheter?

Møter en også mye pårørende?

Hvor mye administrativt arbeid har legen?

Hva slags administrativt ansvar har legen?

Hva slags personalansvar har legen?

Hva slags arbeidstid har legen?

Er det fleksitid?

Er det mye overtid?

Hvordan har det vært siste uka?

Hva vil du si er kvalitetstid i arbeidsdagen? Pausene? Møte med pasientene? Strategisk tenkning? Medisinske utfordringer?

Hva er kvalitet for en lege? Hva er viktig i så måte?

Hva er den tøffeste delen av hverdagen?

Del 2: Organisasjon

Poenget er at legen forteller om sykehusorganisasjonen. Ofte ser organisasjonen da noe annerledes ut enn på for eksempel et offentlig organisasjonskart. Hvilke avdelinger forholder man seg til? Hvordan ser dette organisatorisk ut? Hvordan er kontakten med den øverste ledelsen. Videre fungerer dette som en utdyping og videreføring av Del 1.

Spørre informanten om å tegne et kart over de viktigste avdelingene og hvordan de forholder seg til hverandre. Også tegne inn de viktigste institusjonene informanten må forholde seg til.

Egen organisasjon:

Hvordan passer organiseringen av avdelingen til det man driver med?

Hvor mange ansatte er det?

Hvor mye penger er det snakk om? (budsjetter og regnskaper)

Hvilken avdeling og divisjon hører legen til?

Hvorfor er disse avdelingene satt sammen slik?

Hvordan ser organisasjonen ut?

Hvor mange pasienter er innom?

Finnes det et skille mellom det å være leder, og det å være lege?

I hvilke situasjoner er du lege? Og i hvilke er du leder?

Hva bestemmer du som lege? Hva bestemmer du som sjef?

Hva har du kontroll over?

Hvilke fullmakter har du? (Kan du ansette nye? Kan du disponere din egen arbeidstid? Kan du i rimelig grad bestemme over din egen arbeidsdag? Kommer det mye overraskende ekstraoppgaver?)

Hvordan måles produksjon?

Hva tjenes det penger på?

Hvilke oppgaver er mest attraktive?

Hvilke oppgaver er det som er mest i veien?

Etter hvilke parametere blir driften av avdelingen målt?

Hvordan er pasientforløpet?

Andre avdelinger:

Hvordan befinner denne avdelingen seg i forhold til andre avdelinger?

Del 3: Endringer

Hvis det har forekommet endringer i organiseringen avdelinga. Hva har disse endringene ført til? Hvordan har man håndtert denne situasjonen? Hvordan har kollegaer håndtert situasjonen? Hvem forholder man seg til nå? Er det de samme som tidligere? Eller må man nå forholde seg til nye?

Hva har skjedd?

Hvilke avdelinger er slått sammen/fjernet/oppstått?

Hva er annerledes fra tidligere organisering? (Bestemmer man mer selv nå? Hva har skjedd med rammebetingelser? Har disse blitt strammere eller løsere? Hvem sitter med ansvaret?)

Hvordan gjennomføres økonomiske innstramninger?

Vil du selv ta initiativ til innstramninger?

Hva ønsket man å oppnå?

Hva ble oppnådd?

Hvordan oppleves disse?

Hvem bestemmer hva man gjør på avdelingen?

Hvem har oversikt over hva som skjer?

Hvem er det som har kontroll nede i organisasjonen? Har ledelsen kontroll?

Hvordan er samarbeidet med den øverste ledelsen?

Hvordan rapporterer du? Hvem leser rapportene?

Hva er den ideelle legejobben? Hva er det beste med å være lege?

Lønn, klinisk arbeid, handlingsrom, passende arbeidstid, makt.

Hva er det verste? (den anti-ideelle legejobben)

Hvordan oppleves arbeidsmiljøet?

Del 4: Avslutning

Har du noe mer du vil si? Noe du synes er viktig som du ikke har fått sagt?

Avslutte intervjuet på en ordentlig måte.